Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :
www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Toutes nos synthèses sont disponibles à cette adresse :
www.irdes.fr/EspaceDoc/Syntheses.html

L'hôpital en France

Eléments de bibliographie

Mise à jour : Octobre 2015

Sans être exhaustive, cette bibliographie essaie de présenter les principaux documents de référence sur l'hôpital en France, selon les thèmes mentionnés dans le sommaire.

Tous ces documents sont consultables, sur rendez-vous, au **centre de documentation de l'Irdes.** Les publications éditées par l'Irdes peuvent être commandées auprès du **Service publications de l'Irdes** ou consultées en ligne sur le site de l'Irdes, à la rubrique : Nos publications**.**

Il ne sera, en revanche**, délivré aucune photocopie par courrier** des références signalées dans cette bibliographie.

Si **vous souhaitez vous procurer ces documents**, vous pouvez, néanmoins, vous adresser directement aux **organismes éditeurs**.

Si la référence est un article paru dans une revue ou un fascicule de revue, vous pouvez identifier l'éditeur en consultant « **le Sudoc : catalogue bibliographique de l'Agence bibliographique de l'Enseignement Supérieur »** sur internet ou consulter **notre catalogue de périodiques**, en ligne sur notre site, et qui comprend un carnet d'adresses des éditeurs de périodiques.

Si la référence est un ouvrage, un rapport..., consulter alors le **carnet d'adresses** des éditeurs d'ouvrages en ligne aussi sur notre site.

Pour vous aider, nous avons mis en ligne un document intitulé « **Comment lire une notice »,** qui vous permettra d'identifier le type de la référence bibliographique de votre choix.

Sommaire

L'hôpital dans son contexte : organisation, réformes, planification 3
Ouvrages, rapports, working papers 3
Articles.....39
Les ressources financières : comptabilité, gestion, tarification.....54
Ouvrages, rapports, working papers 54
Articles.....86
Les ressources humaines.....135
Ouvrages, rapports, working papers 135
Articles.....146
La production de soins : pathologies, interventions chirurgicales, accès aux soins.....156
Ouvrages, rapports, working papers 156
Articles.....169
La qualité des soins : performance, efficience, satisfaction des usagers, accréditation 196
Ouvrages, rapports, working papers 196
Articles.....221
Les réseaux ville hôpital 241
Ouvrages, rapports, working papers 241
Articles.....260
Les alternatives à l'hospitalisation 270
Hospitalisation à domicile 270
Ouvrages, rapports, working papers 270
Articles.....286
Chirurgie ambulatoire 294
Ouvrages, rapports, working papers 294
Articles.....307
Les systèmes d'information : informatique hospitalière, PMSI 316
Ouvrages, rapports, working papers 316
Articles.....332
Réglementation hospitalière 350
Ouvrages, rapports, working papers 350
Articles.....373
Historique.....379
Ouvrages, rapports, working papers 379
Articles.....390
Quelques études internationales 393
Ouvrages, rapports, working papers 393
Articles.....427
Pour poursuivre la recherche.....434

L'hôpital dans son contexte : organisation, réformes, planification

Ouvrages, rapports, working papers

Atlas des territoires pilotes Paerpa - Situation 2012.
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
R1981
Paris : Irdes, 2015/06
http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf
Lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, les expérimentations « Parcours santé des aînés » (Paerpa) ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans ou plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation des personnes âgées. Cet Atlas fournit un premier bilan comparatif des situations sanitaires et médico-sociales des personnes âgées dans les territoires Paerpa sur une période qui précède le lancement des expérimentations. Au moyen d'indicateurs communs et à partir des données disponibles en 2014 au niveau national, ce bilan initial révèle la grande diversité des territoires Paerpa en termes de population concernée, de situations géographiques, démographiques, socio-économiques ainsi que de structures d'offre de soins hospitaliers et de ville.

Le panorama des établissements de santé : édition 2014.
BOISGUERIN (B.),BRILLAULT (G.)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
En ligne
Paris : Drees, 2015
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf
Cet ouvrage présente les principales données relatives au système hospitalier français : elles portent sur les équipements, personnels et financements qui concourent aux différentes prises en charge par les établissements, ainsi que sur leur activité et leur clientèle. Il comprend : des dossiers, qui permettent d'approfondir des questions structurelles et d'éclairer les mutations du monde hospitalier ; des fiches thématiques, qui comportent chacune une sélection de figures accompagnées d'un commentaire présentant les traits les plus caractéristiques des domaines abordés.

Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences.
GRALL (J.Y.)
c, En ligne
Paris : Ministère chargé de la Santé, 2015/07
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf
Après un bilan de la médicalisation des urgences initiée suite au rapport Steg il y a 20 ans et un état des lieux de l'organisation actuelle des urgences en France, trois grandes propositions sont avancées : conforter et garantir un accès en moins de trente minutes à la prise en charge de l'urgence ; optimiser la prise en charge de la demande de soins non programmés au sein d'un réseau territorial comprenant l'ensemble des professionnels ou structures concernées, en soulignant dans ce cadre le rôle pivot fondamental de la régulation médicale ; réunir les médecins urgentistes au sein d'équipes territoriales uniques dans le cadre des futurs Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Un groupe de travail sera

mis en place afin de préciser les modalités de mise en œuvre des recommandations retenues en cohérence avec les évolutions de l'organisation territoriale portées par le projet de loi de modernisation de notre système de santé.

Les chiffres clés de l'offre de soins. Edition 2015.
En ligne
Ministère chargé de la Santé. Direction Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.). Paris. FRA
Paris : DGOS, 2015
http://www.sante.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-offre-de-soins.html
Les chiffres clés de l'offre de soins sont destinés aux observateurs du système de santé français ainsi qu'aux acteurs de l'offre de soins, de ville comme hospitaliers voire médico-sociaux. Leur édition 2015 illustre la mise en œuvre des réformes en cours, notamment les grandes orientations de la stratégie nationale de santé lancée par le gouvernement, les mesures de la future loi de modernisation de notre système de santé portée par Marisol Touraine et le « virage ambulatoire » qui en découle. Mais aussi, plus globalement, l'état des lieux de l'offre de soins en France et ses perspectives. En 4 chapitres, les chiffres clés offrent un panorama étayé de cette mise en œuvre et de son impact sur les professionnels de santé, les structures de santé et leur activité, le financement de l'offre de soins, l'amélioration de la qualité des soins, de la recherche et de l'innovation (résumé de l'éditeur).

Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions 2013.
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.) . Service Financement des Etablissements de Santé. Pôle Suivi de l?ONDAM Hospitalier. Lyon. FRA
En ligne
Paris : ATIH, 2015
http://www.atih.sante.fr/analyse-comparative-de-l-activite-hospitaliere-entre-les-regions-2013
L'ATIH reconduit en 2013 l'analyse de l'activité hospitalière régionale en application de la loi modifiant la loi HPST (Article 27 de la Loi n° 2011-940 du 10 août 2011). Dans la continuité de la photographie globale de l'activité 2013, ce rapport propose une déclinaison au niveau régional pour le champ médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). En préambule, un panorama régional de l'activité MCO distingue les séjours et les séances. Différents indicateurs (répartition, évolution…) y sont analysés selon plusieurs agrégats comme les catégories d'activité de soins ou les types de séances. Les caractéristiques sociodémographiques des territoires de santé ainsi que celles de l'activité hospitalière évoluant de manière marginale en un an, les conclusions posées sur l'activité régionale 2012 restent d'actualité. L'atlas régional propose une fiche par région décrivant l'activité hospitalière en distinguant les établissements de santé selon leur secteur de financement. Cette approche souligne les différentes dynamiques d'activité au sein d'une région. De plus, des informations d'analyse qualitative issues des Agences régionales de santé apportent un éclairage complémentaire notamment sur les problématiques de démographie médicale et de restructuration de l'offre de soins (résumé de l'éditeur).

Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail.
BENOIT (T.) / pres.,ROMAGNAN (B.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Paris. FRA
En ligne
Paris : Assemblée Nationale, 2014/12
http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-enq/r2436.pdf
Sur la proposition du président du groupe UDI (Union des démocrates et indépendants), l'Assemblée nationale a décidé à l'unanimité, lors de sa séance du 11 juin 2014, de créer une commission d'enquête relative à l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail, notamment de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail. Ce rapport rend compte des résultats de cette évaluation. Cette commission d'enquête, composée de vingt-huit

membres, était chargée d'élaborer un bilan global. Elle a procédé à ses travaux dans un état d'esprit respectant celui qui a présidé à sa création, c'est-à-dire la recherche de la détermination du bilan, aussi précis et complet que possible, de cette réforme importante, qui a marqué la fin du siècle dernier et le début de l'actuel, au plan social, en France.

Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé : rapport des Conférences hospitalières.
DOMY (P.),MOULIN (G.),FRECHOU (D.),MARTINEAU (F.),MULLER (C.)
En ligne
Paris : Ministère chargé de la Santé, 2014/03
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_-_Bilan_et_evaluation_des_poles.pdf
Dans le cadre de la concertation qui a suivi la publication du rapport d'Edouard Couty pour un « pacte de confiance » à l'hôpital, la ministre des affaires sociales et de la santé a confié aux conférences hospitalières, en mai 2013, une mission d'évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements publics de santé. L'objectif de cette mission était de dresser le bilan de ces organisations, six ans après leur généralisation dans l'ensemble des hôpitaux publics, afin d'identifier leurs apports aux structures hospitalières, mais également les points pouvant être modifiés pour améliorer le fonctionnement des établissements dans ce cadre. Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA

Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser.
En ligne
Paris : Cour des Comptes, 2014/09
In : Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.
http://www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/La-securite-sociale -
http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale2
En 2012, pas moins de 10,6 millions de personnes, près d'un sixième de la population française, sont venues se faire soigner, parfois à plusieurs reprises dans l'année, dans les services d'urgence hospitaliers. Ceux-ci ont enregistré ainsi plus de 18 millions de passages, soit 30 % de plus en dix ans. Pour les seules « structures des urgences », selon leur dénomination règlementaire, situées dans des établissements de santé publics et privés à but non lucratif, qui représentent 81 % du dispositif d'accueil, la charge supportée à ce titre par l'assurance maladie est de près de 2,5 Md€. Cette fréquentation en progression continue met sous tensions persistantes les organisations et les équipes hospitalières en dépit des mesures de renforcement et de soutien successivement décidées par les pouvoirs publics, en particulier dans le cadre du plan urgences 2004-2008 adopté à la suite de la canicule de l'été 2003. Au-delà des situations où le pronostic vital est engagé ou qui nécessitent une intervention rapide compte tenu de leur gravité, les urgences hospitalières jouent de fait un rôle essentiel dans la prise en charge de soins non programmés, à laquelle la médecine de ville n'apporte pas de réponse suffisante. Dans le prolongement de l'enquête qu'elle a précédemment consacrée à la permanence des soins ambulatoires, assurée par les médecins libéraux, où elle avait en particulier souligné le manque d'efficience des dispositifs de régulation et d'orientation mis en place à compter de 2002418, la Cour a cherché à analyser l'évolution de l'activité des services d'urgence et de leur fonctionnement, qu'elle avait déjà examinés en 2007. Elle a observé que la progression forte de la fréquentation des urgences n'avait fait l'objet jusqu'à tout récemment que de peu d'analyses de ses déterminants. Les services d'urgences ont cherché à faire évoluer leurs organisations pour mieux y répondre, dans un cadre financier inchangé qui contrarie toujours la recherche d'une plus grande efficience. L'amélioration de l'efficacité du dispositif passe cependant avant tout par une articulation plus étroite entre médecine de ville et hôpital.

Le panorama des établissements de santé : édition 2013.
BOISGUERIN (B.),BRILLAULT (G.)

Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
En ligne
Paris : Drees, 2014/01
http://www.drees.sante.gouv.fr/le-panorama-des-etablissements-de-sante-edition-2013,11236.html
Cette édition 2013 du Panorama des établissements de santé propose une synthèse des principales données disponibles pour l'année 2011 sur l'activité et les capacités des hôpitaux publics et les cliniques privées. Il présente également les chiffres clés sur les personnels et leur rémunération. Comme chaque année, l'ouvrage apporte un éclairage sur des activités spécifiques telles que la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, la psychiatrie ou encore l'hospitalisation à domicile. Dans une étude inédite, l'impact de la tarification à l'activité (T2A), instaurée en France en 2004 et déployée entre 2005 et 2008, est analysé en prenant en compte la concurrence créée par ce nouveau système de financement. La T2A a incité les hôpitaux publics à augmenter leur activité chirurgicale en gagnant des parts de marché sur les cliniques privées. L'effet est d'autant plus fort que la concurrence avec les cliniques est importante. Le dossier « Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? » présente la structuration récente de cette spécialité au sein des établissements. Il dresse un état des lieux des 750 services d'urgences. Ces derniers recensent, en 2011, 18,5 millions de passages. Une enquête réalisée par la DREES en juin 2013 dans l'ensemble des services d'urgence permettra de mieux connaître ces services et les motifs de recours. Les premiers résultats seront diffusés au premier semestre.

Le service public territorial de santé (SPTS) et le service public hospitalier(SPH). Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé.
DEVICTOR (B.)
Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA
En ligne
Paris : Ministère chargé de la Santé, 2014
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf
Ce rapport avait pour but de définir les objectifs et les missions auxquels répondent le service public territorial de santé et le service public hospitalier; de définir les acteurs, leurs droits et leurs obligations; définir les modalités d'organisation du service public territorial de santé et le service public hospitalier et de proposer des outils juridiques, financiers et techniques afin de les structurer.

Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé : rapport des conférences hospitalières.
DOMY (P.),MOULIN (G.),FRECHOU (D.),MARTINEAU (F.),MULLER (C.)
Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA
En ligne
Paris : Ministère chargé de la Santé, 2014
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_MISSION_POLES.pdf
Ce rapport des Conférences de directeurs d'hôpital et de présidents de CME (commission médicale d'établissement)hospitalières dresse un bilan du fonctionnement des pôles des établissements de santé. Il montre que l'organisation actuelle des établissements en pôles est pertinente mais inaboutie. Généralisés, ces pôles fonctionnent selon des modalités de concertation et de consultation internes qui apparaissent souvent insatisfaisantes. Il rassemble 19 propositions pour corriger ces défauts.

Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences.
CARLI (P.)
Conseil National de l'Urgence Hospitalière. (C.N.U.H.). Paris. FRA

En ligne
Paris : CNUH, 2013/09
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Carli_2013_aval_des_urgences.pdf
La mission ministérielle confiée au Professeur Carli porte sur la proposition par le président du Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) de recommandations de bonnes pratiques facilitant l'hospitalisation des patients en provenance du service des urgences. Ces recommandations concernant aussi bien les périodes de suractivité épisodiques (hôpital plein) que l'activité habituelle de l'établissement doivent être partagées avec des représentants de l'ensemble de la communauté hospitalière. Cette demande s'inscrit dans le cadre d'un objectif national permettant de diminuer le temps d'attente aux urgences en améliorant l'aval. L'objectif de la mission est de formuler des recommandations simples et concrètes destinées à l'ensemble des établissements dont une partie au moins pourrait être mise en place avant octobre 2013.

Pacte de confiance à l'hôpital : rapport de synthèse.
COUTY (E.), SCOTTON (C.)
Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA
En ligne
Paris : Ministère chargé de la santé, 2013/03
http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliers
Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. La ministre a tiré 13 engagements de ce rapport et les a exposés devant les représentants de la communauté hospitalière. Ces engagements s'intégreront dans la future stratégie nationale de santé, avec pour objectif de réorganiser notre système de santé autour du patient et de structurer une médecine de parcours. Celle-ci doit permettre un nouvel élan et de nouveaux modes d'intervention, dans l'esprit de service public qui doit de nouveau guider pleinement les professionnels au service chaque jour des patients.

Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le service public hospitalier.
DEVICTOR (B.), DUBOSQ (C.),FENOLL (B.),CASTEL (P.)/coor.,COUTY (E.) / dir.
Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA
En ligne
Paris : Ministère chargé de la santé, 2013/02
http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliersouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliers
Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. Le rapport ci-contre a été réalisé par le groupe de travail sur le service public hospitalier.

Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines.
TOUPILLIER (D.),GUILLOT (J.P.),OLLVIER (R.),VERRIER (B.),COUTY (E.) / dir.
Ministère chargé de la Santé. Paris. FRAEn ligne
Paris : Ministère chargé de la santé, 2013/01
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_final_groupe_2-3.pdf
Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu?il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. Le rapport ci-contre a été réalisé par

le groupe de travail sur la rénovation du dialogue social et la gestion des ressources humaines.

Cliniques et hôpitaux privés au coeur du système de santé. Rapport sectoriel : édition 2013.
Fédération de l'Hospitalisation Privée. (F.H.P.). Paris. FRA
B7203
Paris : FHP, 2013
http://flipbook.fhp.fr/rs2013/
Ce rapport se structure autour de six grands chapitres correspondant à six regards clés : l'hospitalisation privée en région avec pour chaque région de France les chiffres essentiels d'activité et de positionnement géographique ; l'activité sanitaire déclinée en termes d'offre, de part de marché, de capacité par grandes spécialités chirurgicales et médicales ; la situation économique et financière ; les ressources humaines, médecins et personnels soignants ; la qualité, la sécurité des soins et la relation avec les usagers.

Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Le panorama des établissements de santé : édition 2012.
En ligne
Paris : Drees, 2013
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2012.pdf
Cet ouvrage présente à travers une quarantaine de fiches thématiques les principales données relatives au système hospitalier français portant sur l'année 2010 : équipements, personnels et financements qui concourent aux différentes prises en charge par les établissements, ainsi que sur leur activité et leur clientèle. Des dossiers permettent d'approfondir des questions structurelles et d'éclairer les mutations du monde hospitalier. Le premier dossier retrace dix ans d'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour, le second s'intéresse à la mesure de la performance économique des établissements de santé.

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA
Pacte de confiance à l'hôpital : rapport de synthèse.
Paris : Ministère chargé de la santé, 2013/03
http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliers
Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. La ministre a tiré 13 engagements de ce rapport et les a exposés devant les représentants de la communauté hospitalière. Ces engagements s'intègreront dans la future stratégie nationale de santé, avec pour objectif de réorganiser notre système de santé autour du patient et de structurer une médecine de parcours. Celle-ci doit permettre un nouvel élan et de nouveaux modes d'intervention, dans l'esprit de service public qui doit de nouveau guider pleinement les professionnels au service chaque jour des patients.

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA
Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le service public hospitalier.
Paris : Ministère chargé de la santé, 2013/02
http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliersouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliers
Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la

refonte de la gouvernance interne des établissements. Le rapport ci-contre a été réalisé par le groupe de travail sur le service public hospitalier.

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA
Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital.
CAVALIER (M.), DOLLARD (J.M.), DUPONT (B.), MAURY (F.)
Paris : Ministère chargé de la santé, 2013/01
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_final_groupe_3.pdf
Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. Le rapport ci-contre a été réalisé par le groupe de travail sur r le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital.

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA
Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines.
TOUPILLIER (D.), GUILLOT (J.P.), OLLVIER (R.), VERRIER (B.)
Paris : Ministère chargé de la santé, 2013/01
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_final_groupe_2-3.pdf
Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. Le rapport ci-contre a été réalisé par le groupe de travail sur la rénovation du dialogue social et la gestion des ressources humaines.

Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
L'Hôpital. Rapport 2012 de l'Inspection Générale des Affaires sociales.
AUBERTIN (A.), LEPINE (C.), COSTE (P.), et al.
C, A4430
Paris : La Documentation française, 2013
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000107/index.shtml
[BDSP. Notice produite par EHESP JkCFrR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport annuel de l'Inspection générale des affaires sociales 2012 est consacré à l'hôpital. Dans une première partie, le parti a été pris de focaliser l'analyse sur une dizaine de questions d'actualité : Quel rôle et quelle place pour l'hôpital dans le système de santé en France ? Les réformes du financement et de la gouvernance ont-elles eu des effets bénéfiques sur les hôpitaux ? L'exigence économique à l'égard des établissements de santé est-elle trop forte ? Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? Comment améliorer la sécurité et la maîtrise des risques dans les établissements de santé ? Quelle place pour l'usager de l'hôpital ? Sait-on mettre à profit tout le potentiel des ressources humaines hospitalières publiques ? Puis, dans une seconde partie, l'IGAS revient sur une sélection de 25 rapports réalisés de 2009 à 2012. Enfin, chiffres et définitions fournissent quelques clés d'accès au lecteur.

Association des petites villes de France. (A.PVPF.). Paris. FRA
Pour une approche territoriale de la santé : 4e livre blanc de l'APVF sur l'offre de soins et les hôpitaux de petites villes.
Paris : APVF, 2013/03
http://www.apvf.asso.fr/files/publications/APVF-Livre-blanc-v12.pdf
Ce rapport détaille des propositions de l'APVF (Association des petites villes de France) pour la place des élus locaux en matière de gouvernance, sur la façon de sauver les petits

hôpitaux des écueils de la tarification à l'activité, ou encore sur le développement du salariat pour lutter contre les déserts médicaux.

Des restructurations hospitalières et des hommes.
HAAS (D.), LEBRUN (D.), SECHER (J.E.)
A4366
Rennes : Presses de l' EHESP, 2012
http://www.presses.ehesp.fr/hopital/management/Details/297/27/hopital/management/des-restructurations-hospitalieres-et-des-hommes.html
Depuis les ordonnances d'avril 1996 et la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation, les restructurations hospitalières se sont développées partout en France, notamment au travers de coopérations entre les secteurs public, privé non lucratif et privé libéral. Réalisé à partir du témoignage des principaux acteurs de trois opérations conséquentes menées par la Mutualité française entre 2001 et 2008 à Nantes, Lyon et Grenoble, cet ouvrage en aborde toutes les facettes : choc des cultures, pilotage, projet médical, projet social, architecture, communication. Les réussites comme les échecs sont présentés sans ambages. L'objectif est de capitaliser sur ces expériences en décrivant les processus mis en oeuvre, et d'en tirer des leçons qui puissent servir à d'autres (4e de couverture).

Ministère chargé de la santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Mission hôpital public.
Paris : Ministère chargé de la santé
2012
Pages : 103p.
A l'occasion des nombreux débats professionnels engagés au sein des établissements de santé, en particulier entre mi-2010 et mi-2011, suite à la mise en oeuvre de la Loi HPST, et devant le constat de certaines tensions, de ressentis difficiles, voire d'un sentiment de perte de sens au sein des équipes des hôpitaux publics, le besoin est apparu de conduire une évaluation des nouvelles dispositions issues des réformes récentes, par un abord professionnel et tangible. Cette démarche concrète pouvait compléter utilement les travaux confiés peu auparavant au Comité Fourcade chargé d'assurer l'évaluation parlementaire prévue par la Loi. C'est dans cet esprit que le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, M. Xavier Bertrand, a mis en place en juin 2011 une mission nationale, composée exclusivement de professionnels hospitaliers en activité dans les établissements, chargée d'organiser et de conduire une large concertation dans les territoires, avec les responsables médicaux, les directeurs, les cadres hospitaliers, afin d'évaluer avec eux la mise en oeuvre des nouvelles modalités d'organisation interne et territoriale issues des réformes récentes, en particulier de la loi du 21 juillet 2009 Hôpital, Patient, Santé et Territoire (loi HPST).
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Mission_Hopital_Public_180412.pdf

Fédération de l'Hospitalisation Privée. (F.H.P.) . Paris. FRA
Cliniques et hôpitaux privés au coeur du système de santé. Rapport sectoriel - édition 2012.
Paris : FHP
2012
Pages : 16p., tabl., fig..
Ce rapport se structure autour de six grands chapitres correspondant à six regards clés : l'hospitalisation privée en région avec pour chaque région de France les chiffres essentiels d'activité et de positionnement géographique ; l'activité sanitaire déclinée en termes d'offre, de part de marché, de capacité par grandes spécialités chirurgicales et médicales ; la situation économique et financière ; les ressources humaines, médecins et personnels soignants ; la qualité, la sécurité des soins et la relation avec les usagers ; et un zoom sur les engagements du secteur de l'Hospitalisation Privée résultant de la place qu'il détient au cœur du système de soins de notre pays.

http://flipbook.fhp.fr/rapportsectoriel/files/assets/downloads/publication.pdf

JOURDAIN (A.) / dir., BRECHAT (P.H.) / dir.
La nouvelle planification sanitaire et sociale.
Rennes : Presses de l'EHESP
2012
Pages : 252p.
La décentralisation des politiques sociales et la déconcentration des programmes de santé ont généré un modèle de planification par plans et schémas qui s'est étendu progressivement à tout le champ sanitaire et social : de l'hôpital à la prévention en passant par l'urgence sociale et la gérontologie. Les avantages de ce modèle sont nombreux : il s'intéresse aux besoins de la population, il a le souci de l'efficience économique, sa démarche est rationnelle et volontariste, il favorise la transversalité de l'action ainsi que le renforcement de la coordination entre acteurs et institutions. Ses applications ne vont pourtant pas sans difficultés. La multiplication des schémas ne conduit-elle pas irrémédiablement à un éparpillement de l'action ? Comment améliorer par exemple la cohérence entre plan gérontologique, schéma hospitalier d'organisation des soins et plan régional de santé publique ? Comment construire un continuum d'offres sociales, médico-sociales, de soins et de prévention par priorités, comme la prise en charge des besoins des personnes âgées ? Le temps est donc venu d'interroger la genèse de ce type d'action publique et les formes qu'elle emprunte aujourd'hui, en repartant de quelques questions fondamentales : pourquoi planifier ? comment ? pour quoi faire ? Les réponses des auteurs - issus du milieu académique, des services de l'Etat, du management d'établissement et du-secteur associatif - empruntent aux disciplines fondamentales (économie, sociologie, gestion...) et à l'analyse des pratiques des différents secteurs : social, personnes âgées, psychiatrie, hôpital, prévention (4e de couverture).

KERVASDOUE (J. de)
L'hôpital.
Que sais-je ? ; n° 795.
Paris : Presse Universitaires de France (PUF)
2011
Pages : 127p.
L'hôpital a non seulement de multiples fonctions et de nombreux visages, c'est aussi une institution ouverte 24 heures sur 24 accueillant toutes les détresses. La réforme des systèmes de santé se met en place peu à peu et cet ouvrage aide à comprendre l'organisation des institutions hospitalières, les enjeux sociaux, économiques, politiques, scientifiques mais aussi éthiques qui s'y rattachent.

Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Le panorama des établissements de santé : édition 2011.
Paris : Drees
2011
Pages : 127p., tabl., graph.
Cet ouvrage présente les principales données relatives au système hospitalier français : elles portent sur les équipements, personnels et financements qui concourent aux différentes prises en charge par les établissements, ainsi que sur leur activité et leur clientèle. Cette édition s'enrichit désormais de dossiers permettant d'approfondir des questions structurelles et d'éclairer les mutations du monde hospitalier. Les fiches thématiques comportent chacune une sélection de figures accompagnées d'un commentaire présentant les traits les plus caractéristiques des domaines abordés.
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2011-2.pdf

MAS (B.), PIERRU (F.), SMOLSKI (N.), TORRIELLI (R.)

L'hôpital en réanimation. Le sacrifice organisé d'un service public organisé.
Savoir/Agir
Bellecombe-en-Bauges: Editions du Croquant
2011
Pages : 366p.
Cet ouvrage consacré à l'hôpital est organisé en deux parties. La première vise à restituer le contexte macro-économique et, surtout, macro-politique de la confrontation toujours plus grande du monde hospitalier à la rationalité néo-libérale et au préconisation du 'New public management'. Elle démonte les engrenages idéologiques, budgétaires, instrumentaux de la réforme. La seconde partie cherche à identifier les conséquences de cette grande transformation hospitalière sur les pratiques des soignants et, partant, sur la qualité des soins reçus (ou non) par les usagers de cette institution républicaine centrale. Ce faisant, cet ouvrage tente de tenir ensemble les dynamiques macrosociales et leurs manifestations microsociologiques, les analyses de chercheurs en sciences sociales et en économie et les leçons qu'il est possible d'en tirer pour dessiner une réforme alternative de l'hôpital (tiré de l'intro.)

Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.). Paris. FRA
L'hôpital expliqué : son organisation, son environnement.
Paris : Fédération Hospitalière de France ; Paris : Héral
2011
Pages : 256p., tabl., graph., fig., ann.
Cet ouvrage permet de replacer l'hôpital dans son contexte et contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement et de l'organisation hospitalière. Après une introduction présentant les grandes étapes historiques de l'hôpital et les chiffres clés de l'hôpital public, la première partie fait le point sur les établissements publics de santé. Le statut, les structures, les missions, le financement de ces établissements sont tour à tour décrits et des points particuliers sont examinés tels que les droits des patients, la gestion du risque, la responsabilité juridique, la qualité, ou bien encore, les particularités des assistances publiques. Puis, la deuxième partie de l'ouvrage s'intéresse aux spécificités du secteur psychiatrique : l'organisation sectorielle, les différents modes d'hospitalisation (hospitalisation libre, hospitalisation sans consentement), les équipements, l'usager en santé mentale. Enfin, la troisième partie traite du secteur social et médico-social et aborde notamment le statut juridique des services et établissements d'hébergement pour les personnes âgées et les personnes handicapées, la stratégie de l'établissement, les droits des résidents, le fonctionnement financier des établissements autonomes du secteur social et médico-social, la démarche qualité, et enfin, la planification avec le régime des autorisations et les schémas gérontologiques

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA
Enquête nationale gouvernance hospitalière 2011. Les résultats.
Paris : Ministère chargé de la santé
2011/07
Pages : 47p.
La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), promulguée en juillet 2009, a permis de clarifier le rôle des instances de gouvernance au sein des hôpitaux, voire de créer de nouvelles instances de pilotage - conseils de surveillance, directoires - renforçant en cela le rôle du directeur d'établissement. Afin de mesurer l'appropriation de cette nouvelle gouvernance par les établissements, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a conduit en juin 2011 une enquête nationale de grande ampleur.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_v5.pdf

Ministère chargé de la Santé. Direction Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.). Paris. FRA, Sanesco. Paris. FRA
Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières : rapport final.

Paris : Ministère chargé de la santé
2011/08
Pages : 245p., ann.
Ce rapport présente les résultats d'une première étude nationale sur les inadéquations hospitalières menée au printemps 2010 par le cabinet Sanesco, avec le soutien méthodologique de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). Elle a concerné 11 régions, 73 établissements, qui représentent 4234 lits de médecine-chirurgie, ou encore 3445 dossiers patients, et mobilisé une soixantaine de médecins-conseils de l'Assurance maladie et médecins de santé publique. Elle visait à chiffrer les inadéquations hospitalières, c'est-à-dire les lits d'hospitalisation complète occupés de manière non pertinente et non justifiée, dans les services de médecine et de chirurgie, lesquelles représentent 10,3 % des lits occupés. Ce taux d'inadéquation est plus important dans les services de médecine (17,5 %) que dans les services de chirurgie (5 %). Il est inférieur aux taux habituellement avancés dans la littérature, de l'ordre de 20 % à 30 %. L'étude distingue les inadéquations liées aux admissions, soit 3,8 % des hospitalisations, de celles liées aux nombre de journées inadéquates (séjours trop longs 12,5 %). Pour ce qui est de l'inadéquation lors de l'admission, elle est due, dans près de 40 % des cas, à la demande expresse des médecins de ville. Les soins auraient dû être réalisés au domicile des patients - HAD (45 % des cas), en service de soins de suite et de réadaptation (27%) ou en structures de soins de longue durée. Les journées non pertinentes s'expliquent avant tout par un défaut de lits en aval. Au final, l'étude chiffre, avec une précision époustouflante, à 2,3523 milliards d'euros le coût de ces inadéquations. Ce montant est en fait un ordre de grandeur qui ne tient pas compte notamment du coût de la prise en charge adéquate. La DGOS souhaite réduire de 50 % les lits occupés de manière inadéquate sur la durée des prochains schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Elle préconise notamment de poursuivre la fluidification des filières de prise en charge d'aval : développement des coopérations entre structures, organisation des parcours territoriaux via les ARS. Une réflexion sera aussi menée sur l'amont de l'hospitalisation pour améliorer l'adressage par les médecins de ville (en particulier les généralistes). L'Assurance maladie pourrait aussi apporter sa contribution grâce à ses expérimentations sur la gestion des sorties d'hospitalisation. Une étude nationale sur les inadéquations en SSR pourrait voir le jour probablement courant 2012.
http://www.fehap.fr/DATA/3_10_2011_14_11_24_INADEQUATIONS%20HOSPITALIERES%20Rapports%20Sanesco%20090609.pdf

HESSE (C.) , MAYMIL (V.) , LE TAILLANDIER DE BABORY (V.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Conversion des structures hospitalières en structures médico-sociales.
Rapport Igas ; RM2011-025P
Paris : Igas
2011/02
Pages : 111p., tabl., annexes
Le programme de travail 2010 de l'IGAS, élaboré fin 2009, a retenu comme priorité la réalisation d'enquêtes sur l'offre de soins aux personnes âgées. L'objectif est d'évaluer les dispositifs et de rechercher les moyens de réduire les volumes d'hospitalisation des personnes âgées, d'une part pour des raisons de qualité de service, d'autre part pour faciliter l'atteinte de l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) hospitalier. A cette fin, l'IGAS a programmé la mission sur les conversions de structures hospitalières en structures médicosociales.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000409/0000.pdf

RAPPORT , INTERNET
FOURCADE (J.P.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.P.S.S.). Paris. FRA

Rapport au Parlement du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé.
Paris : Ministère chargé de la santé
2011
Pages : 75p.
Ce rapport d'étape du comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, présidé par le sénateur Jean-Pierre Fourcade, fait une évaluation de la mise en oeuvre du volet hospitalier de la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires), deux ans après sa publication. Une partie importante du rapport est consacrée aux changements introduits par la loi dans la gouvernance hospitalière (mises en place des nouvelles instances et leur impact sur les équilibres institutionnels, transformations du management de l'hôpital). Le comité s'est ensuite penché sur l'intégration de l'hôpital dans son environnement. Plus particulièrement, il a examiné les changements introduits par la loi dans l'exercice des missions de service public et dans les structures de coopération. Le comité s'est intéressé au fonctionnement des ARS (Agences régionales de santé). La troisième partie du rapport est consacrée au décloisonnement du système de santé. A cet égard, le comité s'est intéressé au dispositif de planification du système de santé et au décloisonnement des professions de santé. La dernière partie du rapport traite du dispositif d'accompagnement des transformations de la gouvernance et du management de l'hôpital. Il s'est intéressé aux missions et au fonctionnement de l'ANAP (Agence nationale d'amélioration de la performance), ainsi qu'au dispositif de formation des équipes de direction, à la formation continue des médecins hospitaliers et à la formation des managers de la santé. En conclusion, six observations essentielles se dégagent des travaux du comité d'évaluation. La quasi-totalité des acteurs de terrain, après des réformes qui se sont succédé à un rythme soutenu, demande que les règles soient stabilisées. L'accès à des soins de qualité suppose que soit réformé le dispositif d'affectation des ressources de l'assurance maladie aux différents éléments du système de santé. L'extrême centralisation du processus de décision de l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) est un facteur de dysfonctionnement pour les ARS qui mettent en oeuvre une culture déconcentrée. La gouvernance des établissements hospitaliers demande quelques corrections pour éviter d'être mal vécue par certains élus, médecins hospitaliers ou cadres de santé. L'action de l'Etat portée par les ARS ne doit pas exclure du paysage sanitaire et social des régions, parfois marqué par une certaine désertification médicale, les autorités préfectorales, les représentants des collectivités territoriales et les représentants des usagers. Le comité souhaite souligner la situation particulière des régions ultramarines. L'observation finale concerne la faiblesse du dispositif d'accompagnement de la réforme engagée par la loi HPST. Le rôle du CNG reste ambigu, les interventions de l'ANAP sont trop dispersées. Dans ce rapport d'étape, le comité émet 33 recommandations pour améliorer le dispositif dans les hôpitaux et au sein de leur environnement.
http://www.lagazettedescommunes.com/69911/exclusif-rapport-et-proposition-de-loi-fourcade-la-loi-hpst-modifiee-et-evaluee/

GAILLARD (R.)
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. (M.E.S.R.). Paris. FRA
Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire.
Paris : MESR
2011/05
Pages : 168p.
La première partie de ce rapport porte sur la formation à la recherche, particulièrement la formation initiale, autour du rôle joué par la ou les premières années d'études pour construire les fondements du raisonnement scientifique. La seconde partie de ce rapport revient sur les statuts hospitalo-universitaires, de la vocation hospitalo-universitaire des chefs de clinique aux modalités de mise en place des postes faisant la jonction entre clinicat et poste universitaire titulaire. Les propositions de la mission l'amènent à préciser ce que peut être le concept de triple mission de soin, d'enseignement et de recherche, et à rappeler que la

qualification universitaire ne se superpose pas strictement avec la qualification médicale. Enfin la troisième partie de ce rapport analyse les modalités d'évaluation des hospitalo-universitaires tout au long de leur carrière.
http://media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Sante_-_secteur_hospitalier/53/6/Rapport_Gaillard_175536.pdf

PAUL (C.), ROLLAND (J.M.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Sociales. Paris. FRA
Rapport d'information sur la mise en application de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
Paris : Assemblée Nationale
2011/03
Pages : 211p.
ISBN : ISSN :
Pays : FRA Langue : FRE
L'objectif de ce rapport d'évaluation de la mise en oeuvre de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires est de vérifier que les mesures réglementaires nécessaires pour l'application du texte ont bien été prises. Le taux de publication de l'ensemble des mesures réglementaires d'application, hors ordonnances et arrêtés, est de 64 %, mais il cache de grandes disparités entre les différents titres de la loi. Le jugement technique porté par les co-rapporteurs est donc partagé.
http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3265.pdf
Cote Irdes : B7003

CLEMENT (J.M.)
Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
2010
Pages : 529p.
Pourquoi tant de réformes hospitalières sous la Ve République? Alors que 4 réformes jalonnent la vie juridique des hôpitaux et hospices de1789 à 1958, 9 réformes majeures vont bouleverser l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux depuis 1958. La Ve République, dans sa volonté réformatrice que l'on retrouve dans beaucoup d'autres aspects de la vie politique, économique, sociale et culturelle, va s'efforcer d'adapter le service public ¬hospitalier aux réalités du progrès des techniques médicales. C'est une course incessante entre le progrès scientifique et technique et l'inflation des dépenses de santé. Longtemps financées par l'expansion économique (les Trente Glorieuses), les recettes de la Sécurité sociale stagnent à compter des années 1980 et remettent en cause le fonctionnement du service public hospitalier. La concentration des équipements hospitaliers sera la réponse des pouvoirs publics en guise de maîtrise des dépenses. Cela ne suffira pas et à l'aube du XXIe siècle s'impose alors la T2A qui va ébranler le service public hospitalier justifiant, en conséquence, la fin de l'union organique entre le statut public de l'hôpital et ses missions de service public. Le service public hospitalier n'est plus réservé aux seuls établissements publics de santé, il lui est substitué des missions de service public qui peuvent être déléguées à tous les établissements de santé, publics ou privés. Cette Histoire des réformes hospitalières, chronologique et détaillée, illustre, sur le plan sanitaire, l'histoire économique et sociale de la Ve République face aux coûts des services publics, dont l'usage est élargi à des activités concurrentielles au secteur privé. Ceux qui veulent connaître les enjeux hospitaliers actuels seront éclairés par cette histoire institutionnelle de l'hôpital de 1958 à nos jours…

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Le panorama des établissements de santé : édition 2010.
Paris : Drees

2010
Pages : 127p., tabl., graph.
Cet ouvrage présente les principales données relatives au système hospitalier français : elles portent sur les équipements, personnels et financements qui concourent aux différentes prises en charge par les établissements, ainsi que sur leur activité et leur clientèle. Cette édition rénovée s'enrichit désormais de dossiers permettant d'approfondir des questions structurelles et d'éclairer les mutations du monde hospitalier. Les fiches thématiques comportent chacune une sélection de tableaux, graphiques et cartes accompagnée d'un commentaire présentant les traits les plus caractéristiques des domaines abordés. A noter deux dossiers :À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? et les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ?
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2010.pdf

RAPPORT, INTERNET
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.). Paris. FRA
Les chiffres clés de l'offre de soins.
Paris : DGOS
2010
Pages : 19p.
Les chiffres clés de l'offre de soins sont destinés aux observateurs du système de santé français ainsi qu'aux acteurs de l'offre de soins, de ville comme hospitaliers. La réalisation de cette brochure s'inscrit dans l'effort d'information entrepris par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), issue de la DHOS, pour illustrer le déploiement des différents volets des réformes en cours, notamment la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), promulguée en juillet 2009. Comportant 4 volets, celle-ci a pour ambition la réorganisation de l'ensemble de l'offre de soins : modernisation des établissements de santé, accès de tous à des soins de qualité, parcours gradué des soins, création des agences régionales de santé (ARS). La loi HPST constitue le fil rouge de cette brochure, quelques mesures phares en ponctuant les 4 rubriques.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Chiffres_cles_2010-Version_definitive.pdf

DUROUSSET (J.L.)
Le privé peut-il guérir l'hôpital ?
Paris : Nouveaux débats publics
2010
Pages : 220p.
Les Français regardent leur système hospitalier avec les yeux de Chimène : ils en sont fiers et ne voient pas ses failles. Pourtant, ils auraient intérêt à le reconsidérer avec plus d'objectivité. Certes, l'hôpital leur apporte qualité des soins et sécurité. Mais savent-ils qu'ils le doivent à la présence d'un secteur privé ? La Sécurité sociale, créée au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, est la garante de ce système unique, qui protège aussi bien – sinon mieux – le modeste ouvrier que le riche entrepreneur. Mais, avec un déficit record de 30 milliards d'euros attendu pour 2011, notre système apparaît aussi extrêmement fragilisé. Parce qu'elle crée un contre pouvoir, l'hospitalisation privée apporte aux patients la liberté de choix. Elle oblige à accoler les mots « rentabilité » et « qualité de service » au concept de santé publique. Elle apparaît comme l'élément vertueux qui peut rétablir un équilibre. La guérison passera par de profonds changements et une nécessaire redistribution des rôles et des responsabilités. Mais la sauvegarde de ce que les Chinois nous envient, le meilleur système de santé du monde, est à ce prix. L'hospitalisation française doit beaucoup à la Sécurité sociale. Or la Sécurité sociale doit beaucoup à l'hospitalisation privée. Donc l'hôpital français doit beaucoup à l'hospitalisation privée. Ce n'est pas un syllogisme, mais une vérité, que ce livre s'attache à démontrer (4e de couverture).

BELORGEY (N.)

L'hôpital sous pression : enquête sur le "nouveau management public".
Textes à l'appui / Enquêtes de terrain
Paris : Editions de la Découverte
2010
Pages : 330p., 24 tabl., ann.
Depuis des décennies, les pouvoirs publics français s'efforcent de « réformer » l'hôpital, afin notamment d'en mieux « maîtriser » les dépenses. Ils ont de plus en plus recours aux outils du « nouveau management public », cet ensemble d'idées et de pratiques visant à importer dans le secteur public les outils du secteur privé : indicateurs de « performance », benchmarking, « responsabilisation » des professionnels, etc. Ces innovations rencontrent l'opposition d'une partie du personnel hospitalier, selon qui elles creuseraient la tombe du système de protection sociale. À l'inverse, leurs promoteurs dénoncent des résistances qui ne pourraient provenir que d'une forme d'attachement à un passé révolu ou de corporatisme ; ces modernisations permettraient au contraire de sauver un système bien mal en point. En quoi consistent donc réellement ces réformes managériales et quels sont leurs effets sociaux ? Pendant quatre ans, pour répondre à cette question, l'auteur de ce livre a mené une enquête approfondie dans des services de soin, en particulier des services d'urgence, ainsi que dans une agence réformatrice proche du ministère de la Santé et dans des cabinets de conseil. Il a ainsi endossé différents rôles : stagiaire dans les services administratifs des hôpitaux, étudiant de passage dans les services de soin, étudiant en gestion ou consultant junior auprès des réformateurs... Au travers d'observations directes, de l'exploitation inédite de données statistiques et d'une centaine d'entretiens, il livre ici une vision originale des processus à l'œuvre dans les hôpitaux. Il montre notamment que l'appropriation par les soignants des nouvelles normes préconisées par les réformateurs dépend beaucoup de la trajectoire professionnelle et sociale de chacun d'eux. Et il révèle quelques effets inattendus des réformes, dans un des services hospitaliers parmi les plus « avancés » sur leur voie (4e de couverture.)

ZEGGAR (Hayet), VALLET (Guy), TERCERIE (Orianne)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé.
Rapport IGAS ; 2010 010.
Paris : Inspection générale des affaires sociales, Paris : La documentation Française
2010
Pages : 123p., graph., tabl., annexes
Ce rapport dresse le bilan de l'organisation en pôles des grands établissements publics de santé et analyse les réalisations, avant la mise en oeuvre des nouvelles dispositions de la loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires", qui poursuivent le mouvement engagé en 2005.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000246/0000.pdf

MALLOT (J.)
Assemblée Nationale. Mission d'Evaluation et de Contrôle des Lois de FInancement de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA
Rapport d'information sur le fonctionnement de l'hôpital.
Paris : Assemblée Nationale
Pages : 171p., ann.
2010
Ce rapport d'information fait la synthèse des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur « le fonctionnement de l'hôpital » La mission qui a concentré son analyse sur les établissements hospitaliers publics a étudié les voies et moyens de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement interne des établissements afin d'améliorer la qualité du service médical rendu aux usagers et leur efficience médico-économique. Le document comporte 46 propositions visant à réorganiser et à améliorer le fonctionnement des hôpitaux, et donc leur performance. Les pistes tracées

portent sur le pilotage de l'efficience médico-économique (fixer des objectifs aux ARS en la matière), l'appui technique aux réorganisations hospitalières et la prise en compte de l'efficience (clarification des missions des multiples structures chargées de l'audit et de l'accompagnement des hôpitaux), la mise en place des pôles (instauration d'audits d'efficience médico-économique obligatoires), les outils de pilotage et de gestion dans les établissements (généralisation de la comptabilité analytique performante dans les deux ans, accélération des dispositifs d'aides à la performance), les évolutions de l'activité hospitalière (lever les freins au développement de la chirurgie et de la médecine ambulatoires, poursuivre le développement de l'HAD), la régulation par la qualité (mise en place et diffusion de référentiels, veiller davantage à la pertinence des interventions et des soins), l'efficience des achats et la sécurité juridique des marchés publics (rendre obligatoire le recours aux groupements d'achats hospitaliers), les rapports avec les usagers (améliorer l'information des usagers), le financement des établissements (généralisation du codage à la source, au lit du malade, des séjours et des actes par les professionnels de santé et généralisation des paiements des patients dès leur entrée à l'hôpital pour la consultation, les actes et examens programmés), la gestion du personnel. Tous ces progrès dans la gestion des hôpitaux français paraissent plus que jamais urgents, alors que ceux-ci vont être amenés à davantage se serrer la ceinture. Déjà cette année, les tarifs de rémunération des actes hospitaliers ont été gelés. Et l'objectif d'un retour à l'équilibre des hôpitaux en 2012 est confirmé.

Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Mission sur la gestion du risque.
Rapport Igas ; RM2010-163P
Paris : Igas
2010/12
Pages : 102p.
Par une lettre de mission du 19 mai 2010, la ministre de la santé et des sports a saisi l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission sur la gestion du risque. Cette mission intervient dans le contexte de mise en oeuvre des dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST »), qui prévoit l'élaboration sous l'égide des agences régionales de santé (ARS) d'un programme régional de gestion du risque (PRGDR) pluriannuel, révisable chaque année. La première partie du rapport est consacrée à l'évolution de la notion de gestion du risque et au cadre actuel de mise en oeuvre de cette politique ; la seconde partie est consacrée à la contribution des ARS à la gestion du risque et la troisième partie reprend les recommandations de la mission à propos du dispositif général de pilotage de la gestion du risque et de la mise en oeuvre du PRGDR sous l'égide des ARS.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000039/0000.pdf

CLAVERANNE (J.P.), PASCAL (C.), PIOVESAN (D.)
La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins.
Traité d'économie et de gestion de la santé.
Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses
2009
Pages : 447-459

BELORGEY (N.)
Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. (E.H.E.S.S.). Formation Doctorale Sciences de la Société. Paris. FRA
Réformer l'hôpital, soigner les patients : une sociologie ethographique du nouveau management public.
Thèse de Doctorat. EHESS Sociologie.
Paris : EHESS
2009/01

Pages : 595p., tabl.
Les pouvoirs publics français tentent depuis le milieu des années 1970 environ de « maîtriser les dépenses de santé », notamment dans les hôpitaux. En particulier, depuis le début des années 1980, ils expérimentent de nouveaux instruments de régulation économique, comme le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI, 1982) ou la Tarification à l'activité (T2A, 2005). Ils ont également de plus en plus recours aux outils du Nouveau management public (NMP), cette doctrine d'origine entrepreneuriale visant à importer dans le secteur public les outils du secteur privé : indicateurs de « performance », benchmarking, « responsabilisation » des professionnels, incitations financières au rendement, recours à des consultants privés, dédifférentiation entre les secteurs public et privé (notamment par la mise en cause des statuts de la fonction publique), enfin recours à des agences spécialisées et présentées comme purement techniques. Au-delà de leur théorie, en quoi consistent en pratique ces réformes managériales et quels sont leurs effets sociaux ? Pour répondre à cette question, l'enquête a procédé par deux voies d'entrée ethnographique, l'une partant des institutions décisionnelles pour « descendre » vers les hôpitaux et leurs patients, l'autre ancrée dans ceux-ci pour « monter » vers celles-là. Autrement dit, pour reprendre les catégories de la science politique anglo-saxonne, il s'agit de l'étude d'une policy par une approche à la fois top-down et bottom-up. La voie descendante est partie d'une agence typique du NMP, rattachée au ministère de la santé. Elle s'est prolongée par des consultants privés qui interviennent pour son compte dans des hôpitaux, pour enfin aboutir dans des services de soin. La voie ascendante est partie d'usagers du système de santé et de services de soin pour remonter vers l'agence ministérielle. L'enquête s'est concentrée en plus de celle-ci sur trois cabinets de conseil, trois services de soin (dont deux services d'urgence, cette spécialité étant particulièrement révélatrice des tensions de l'institution hospitalière), deux services administratifs, et les patients d'un réseau de soin ville-hôpital ; au total, elle s'est intéressée à une dizaine de cabinets de conseil et à une vingtaine d'établissements pour leurs services administratifs ou de soin ; elle a recueilli formellement 110 entretiens et ses observations ont se sont échelonnées sur quatre ans. Cette double voie d'entrée ethnographique, descendante et ascendante, a été complétée par des données quantitatives : deux questionnaires conçus inductivement, l'un destiné à des patients (n=154), l'autre à des soignants (n=105), ainsi que le retraitement de bases de données médico-administratives recensant les passages dans certains services d'urgence (au total, 1,8 million de passages). La combinaison de ces sources permet de voir l'ensemble d'une politique publique en actes, depuis ses intentions jusqu'à ses effets sur les cibles de l'action, soignants (c'est-à-dire médecins et paramédicaux) ainsi que patients, en passant par ses instruments : outils de gestion et acteurs intermédiaires. Cette enquête s'inscrit dans un questionnement théorique qui relève à la fois de la sociologie politique, plus particulièrement celle de l'action publique, et de la sociologie économique, puisqu'elle s'appuie notamment sur les manières de compter des acteurs : tous font des comptes, mais ne comptabilisent pas les mêmes choses ni de la même façon, ce qui est à l'origine d'une grande partie de leurs conflits (D'après le résumé de l'auteur). .

HOUDART (P.), MALYE (F.), VINCENT (J.)
Le livre noir des hôpitaux.
Paris : Calmann-Levy
2009
Pages : 262p.
Mortalité variant de 1 à 10 dans des établissements distants de seulement quelques kilomètres, bavures médicales, hôpitaux à l'activité confidentielle et médiocre soutenus à bout de bras par des élus locaux qui, eux, se font opérer dans les grands centres, explosion des honoraires médicaux, gâchis et scandales financiers...La liste des dérives du "meilleur système de santé du monde" est longue et édifiante. Pour tenter d'y remédier, un État irresponsable lance des réformes qui ignorent l'essentiel: les malades, les personnels soignants et la qualité des soins. Pour réaliser cette enquête, les auteurs ont mené des

entretiens avec des centaines de spécialistes, médecins, infirmières, administratifs, patients heureux ou malheureux, décrypté des bases de données complexes révélant l'activité des établissements et épluché des milliers de rapports confidentiels. (d'après 4è de couv.).

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA
Avis sur la situation des établissements de santé adopté le 23 avril 2008.
Paris : HCAAM
2009/04/23
Pages : 14p., tabl., graph.
L'étude du HCAAM est centrée sur le secteur MCO. Le Haut conseil, présente, tout d'abord, l'hôpital comme une entreprise, dans laquelle s'impose la recherche de la performance dans toutes ses dimensions, humaine, médicale et économique. Et ajoute que la mission de service public des établissements de santé ne doit en rien les exonérer de la nécessité d'une recherche volontariste et permanente d'efficience et d'optimisation des moyens qu'ils mobilisent. A partir de là, l'équité dans la définition et la répartition des moyens, la pertinence dans l'organisation des soins, la responsabilité dans les prises de décision médicales et administratives sont autant de valeurs auxquelles le Haut Conseil entend, par ce rapport, exprimer son adhésion. Le HCAAM estime que l'amélioration du système de gouvernance des hôpitaux publics est nécessaire. Le poids de la dépense hospitalière dans le PIB est parmi les plus élevés de l'OCDE. La disponibilité et la qualité de l'offre expliquent l'importance de cette dépense qui renvoie aussi à des défauts dans l'organisation des soins (secteur MCO excessif dû à l'insuffisance du secteur aval et des alternatives à l'hospitalisation – chirurgie ambulatoire et HAD), et à des organisations ou processus insuffisamment productifs. L'offre hospitalière et son financement répondent très honorablement à l'attente des usagers avec une vraie égalité devant les soins et de hauts standards de qualité, estime l'avis. Cependant, l'information des usagers - et celle de leur médecin traitant - est insuffisante pour permettre une orientation vers le type de prise en charge le plus pertinent. Le niveau de prise en charge de l'hospitalisation reste – et c'est souhaitable - élevé mais comporte des défauts significatifs comme l'existence de reste à charge excessif, dont les dépassements. L'avis souligne également des défauts dans l'organisation de l'offre de soins qui pèsent sur la productivité des établissements. La réponse aux besoins de soins en amont et en aval du MCO n'est pas suffisamment connue. Ainsi, il faut encore progresser dans une meilleure connaissance des différentes modalités de prise en charge d'une part, doter les ARS des moyens humains adéquats d'autre part. Les communautés hospitalières de territoire et les groupements de coopération devraient contribuer aux restructurations nécessaires. Le développement résolu du secteur médico-social est un enjeu capital. Enfin, le constat de disparités – non justifiées par la nature des charges – entre établissements permet de conclure qu'une meilleure organisation dégagerait des marges substantielles de productivité. L'approche prudente des convergences tarifaires (les coefficients de transition doivent assurer l'ajustement jusqu'en 2012) pousse à leur mobilisation. Quant à l'ONDAM/MCO fixé ces dernières années, il l'a été à un niveau réaliste compte tenu du niveau du PIB et des prix, estime le Conseil.

OUVRAGE
CLEMENT (J.M.)
Contribution pour une vraie réforme hospitalière.
Libre propos.
Bordeaux : Les Etudes hospitalières
2008
Pages : 83p.
Trop de réformes tuent la réforme serait-on tenté d'écrire à l'aune des très nombreuses réformes hospitalières qui ont jalonné ces trente dernières années. C'est en connaisseur, praticien et penseur des politiques hospitalières que Jean-Marie Clément prend parti pour une vraie réforme hospitalière, celle où on laisserait du temps pour la mettre en œuvre. Pour cela, l'auteur, fidèle à son parler vrai, se risque à un diagnostic de ce qui ne va pas pour

proposer quelques pistes de réflexion. C'est en maïeuticien que Jean-Marie Clément pense la nouvelle politique hospitalière (4e de couverture.)

BUDET (J.M.), PERICARD (B.), VIGNERON (E.)
Institut des Hautes Etudes de Developpement et d'Aménagement des Territoires Européens. (I.H.E.D.A.T.E.). Paris. FRA
Les territoires et la santé : Pour servir le débat public autour du projet de loi «Hôpital, Patients, Santé, Territoires ».
Paris : Institut des Hautes Etudes de Developpement et d'Aménagement des Territoires Européens.
2008
Pages : 25p.
Le groupe « Santé et Territoires » de l'Institut des Hautes études de l'aménagement et du développement durable des territoires (IHEDATE) s'est constitué depuis 2006 à partir d'un noyau d'anciens auditeurs de l'IHEDATE, impliqués et intéressés par les problématiques de santé publique. Ce groupe entend alimenter la réflexion et le débat sur la relation santé/territoires. Il s'appuie sur les travaux passés des groupes DATAR (DIACT) et du Commissariat général au plan que ses membres ont animés et qui se sont traduits par plusieurs ouvrages et rapports publiés. Le groupe « Santé et Territoires » a pour seul objectif de porter la dimension territoriale dans les politiques publiques en matière de santé et de servir un idéal commun de cohésion républicaine par la cohésion territoriale. Le débat ouvert autour du projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » constitue une opportunité pour inscrire et conforter dans le dispositif législatif, puis réglementaire la référence territoriale. Cette contribution est présentée sous forme de fiches synthétiques et de propositions susceptibles d'être traduites dans les textes ; elle se veut donc pratique, utile et efficace. La contribution au débat du groupe « Santé et Territoires » s'appuie sur 3 principes forts : l'équité, issue de la recherche de l'égalité des chances et des droits des citoyens ; - la nécessité du changement et de l'ambition de la réforme ; l'ancrage territorial, le lien avec les élus.
http://www.sfspenregion.fr/media/fichiers_pdf/notes_sante_et_territoires_121008.pdf

GHEORGIU (D.M.), GUILLEMOT (D.), MOATTY (F.)
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Noisy-le-Grand. FRA
Les changements organisationnels et leurs outils : entretiens avec les dirigeants d'hôpitaux.
Document de travail ; 107
Noisy-le-Grand : CEE
2008/10
Pages : 41p., annexes
Une enquête par entretiens réalisée dans le cadre de la pré-enquête sur les Changements organisationnels et l'informatisation dans les hôpitaux a porté sur la question de la réforme hospitalière et des transformations du groupe des dirigeants, gestionnaires et médecins. Le texte présente les objectifs de l'enquête quantitative en lien avec les transformations actuelles du secteur hospitalier ainsi que le terrain enquêté. Il s'intéresse ensuite aux points de vue des dirigeants sur les principaux changements, passés ou en cours, et leurs enjeux. Il dresse une typologie des changements selon leur importance, qu'il s'agisse de changements gestionnaires comme la tarification à l'activité (T2A) et la nouvelle gouvernance, de changements organisationnels comme les fusions et la mise en réseau des hôpitaux ou de changements d'ordre symbolique comme l'évolution de la place du patient dans l'institution. La recomposition des équipes de direction, l'adoption de nouvelles pratiques managériales et de nouveaux instruments de gestion et de communication imposent aux différents groupes professionnels de se repositionner par rapport au discours de la réforme et d'élaborer de nouvelles stratégies individuelles et collectives : celles-ci dépendent de leur engagement dans les réformes, de leurs expériences vécues des changements et du contexte particulier dans lequel se situe l'établissement hospitalier où ils exercent. Enfin, les apports des

entretiens àl'élaboration de l'enquête statistique sont exposés, ainsi que le guide d'entretien et le questionnaire réalisé.
http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/107-organisationnel_outils_entretiens_dirigeants_hopitaux.pdf

BERNIER (M.) , PAUL (C.)
Assemblée Nationale. Commission des Affaires Culturelles - Familiales et Sociales. Mission d'Information sur l'Offre de soins sur l'Ensemble du Territoire. Paris. FRA
Rapport d'information de la Mission d'Information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.
Rapport d'information ; 1132
Paris : Assemblée nationale
2008/09
Pages : 206p.
Cote Irdes : B6568
Ce rapport, dont l'objet est de préparer l'examen du projet de loi «Hôpital, patients, santé et territoires», formule trente propositions d'action visant à donner aux pouvoirs publics les moyens de piloter efficacement le niveau et la répartition de l'offre de soins, afin de garantir aux Français un égal accès aux soins de premier recours ; à structurer l'offre de « soins de premier recours » de façon efficace, efficiente et attractive pour les professionnels de santé ; et à adapter les formations médicales et paramédicales aux besoins de santé des territoires.
http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp

VALLANCIEN (G.)
Ministère chargé de la santé. Paris. FRA
Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire.
Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative
2008
Pages : 41p.
La commission sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher a proposé, en avril 2008, la création d'un conseil de surveillance et d'un directoire, ainsi que celle d'une communauté hospitalière de territoire dans le but de faire travailler ensemble les établissements de soins. C'est dans ce contexte que Guy Vallancien a été chargé en juin 2008 d'une mission sur le rôle des instances hospitalières : place et rôle du directoire, du conseil de surveillance et de la commission médicale d'établissement ; définition de la fiche de poste du président du directoire ; question de la participation au directoire des responsables de l'enseignement et de ceux de la recherche dans les centres hospitaliers universitaires ; profil du chef d'établissement dans la nouvelle organisation envisagée.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000472/0000.pdf

VASSEUR (A.) , CAZEAU (B.)
Sénat. Commission des Affaires Sociales. Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA
Rapport d'information sur la gestion de l'hôpital.
Rapports d'information ; 403.
Paris : Sénat
2008/06
Pages : 157p., tabl.
Cote Irdes : B6492
Ce rapport réalisé par la Commission des affaires sociales du Sénat, porte sur le pilotage de l'hôpital. La MECSS a voulu s'intéresser à l'hôpital à un moment où celui-ci est placé au cœur des évolutions de la politique sanitaire. Elle a choisi de mettre l'accent sur trois sujets moins souvent mis en exergue mais essentiels : la fixation des tarifs, l'équilibre financier des établissements et la question de l'emploi hospitalier. Les principaux points du constat sont

sévères. Ainsi, le processus de détermination des tarifs apparaît à bien des égards insuffisamment maîtrisé par la Direction des hôpitaux et de l'organisation sociale. Les études attendues depuis plusieurs années sur les coûts de production des différentes catégories d'établissements et le coût lié à un certain nombre de charges spécifiques (précarité, permanence des soins, coût du travail) ne seront pas achevées d'ici la fin de l'année, malgré les engagements du gouvernement. De ce fait, le processus de convergence est en panne et les établissements de santé s'estiment pénalisés. L'enlisement financier actuel des hôpitaux illustre les défaillances du pilotage. La mise en oeuvre des contrats de retour à l'équilibre financier, qui devaient accompagner les aides exceptionnelles consenties à partir de 2004, s'est le plus souvent traduite par un échec, comme l'a clairement montré l'IGAS dans un récent rapport. L'inscription, dans ces contrats, de prévisions de recettes irréalistes et de mesures d'économies peu ambitieuses illustre la très insuffisante implication des ARH dans leur élaboration, ainsi que l'absence de réflexion associée sur l'offre de soins. A l'échelon national, l'accumulation des directives n'a fait que compliquer la tâche des gestionnaires des établissements et brouiller le message adressé aux ARH. Enfin, la question de l'emploi semble taboue alors que les dépenses de personnel de l'hôpital public représentent 23 % de l'Ondam. L'absence d'outil de gestion statistique performant, de projections démographiques, de bilan sur les effets de la réduction du temps de travail à l'hôpital témoignent que l'emploi n'est pas une priorité des autorités de tutelle. Or, une gestion active des ressources humaines est impérative pour éviter une crise majeure avec les nombreux départs en retraite d'ici 2015. La situation exige une réflexion de chaque établissement sur son organisation et rend aussi impérative la mise en place d'outils de gestion par la DHOS pour suivre l'évolution des effectifs et des dépenses. La commission donne rendez-vous à la prochaine LFSS et au débat sur la création des ARS pour faire un point sur l'avancement de ces différents chantiers.
http://www.senat.fr/noticerap/2007/r07-403-notice.html

CORIAT (P.), BRAUN (F.), GENET (J.P.), GOLDSTEIN (P.), NAZAC (A.), POL (B.), REMOND (J.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins.
Paris : MSSPS
2008/05
Pages : 29p.
Dans le cadre de la création d'un conseil national de l'urgence et de la permanence des soins, le groupe de travail présidé par le Professeur Pierre Coriat a pour objectif de remettre des propositions sur la composition, les missions et le champ d'action de ce conseil.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000328/0000.pdf

LARCHER (G.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher : Rapport final et propositions.
Paris : MSSPS
2008
Pages : 102p.
Organiser une vaste concertation sur les missions de l'hôpital auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé et établir un état des lieux servant de base à la concertation, telle était la mission confiée à Gérard Larcher. Le présent rapport assure la synthèse des travaux de la commission. Il est structuré autour de quatre grands thèmes qui rendent compte de la diversité des missions de l'hôpital et du champ embrassé : aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour une meilleure réponse aux besoins des patients et une continuité des prises en charge ; optimiser l'offre de soins

hospitalière dans une logique de qualité et d'efficience ; préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme ; développer l'enseignement et la recherche.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000209/0000.pdf

BUR (Y.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Paris. FRA
Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé.
Rapport d'information ; 697
Paris : Assemblée Nationale
2008
Pages : 168p.
Le présent rapport constitue une contribution de la mission d'information aux réflexions en cours sur l'organisation, les missions, le statut et les outils opérationnels des Agences Régionales de Santé (ARS) ainsi que sur leur articulation avec les autres acteurs du système de santé. Il ressort notamment des travaux de la mission que l'unification du pilotage régional du système de santé, pour justifiée qu'elle soit, ne permettra pas de gains d'efficience sans un pilotage national du système de santé moins éclaté qu'aujourd'hui (Voir analyse dans Industrie pharmaceutique Hebo - fiche n° 609, jeudi 6 mars 2008).
http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i0697.pdf

RITTER (P.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé (ARS).
Paris : MSSPS
2008/01
Pages : 58p.
La mise en place des ARS, l'an prochain, constituera « une des plus importantes réformes institutionnelles de ces dernières décennies », indique ce rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot. Elles devraient en effet permettre d'accentuer la territorialisation des politiques de santé, renforcer leur caractère préventif ou « promouvoir l'efficience hospitalière ». Cinq principes justifient la réforme : accentuer la territorialisation des politiques de santé, renforcer le caractère préventif des politiques de santé (en fonction des besoins locaux), recentrer l'offre de soins vers les soins primaires, faciliter les restructurations et promouvoir l'efficience hospitalière, recomposer l'offre hospitalière au profit du médico-social. Selon l'auteur, ces futures ARS devront disposer d'un "vaste" champ d'intervention qui irait de la médecine libérale aux hôpitaux, en passant par l'accueil des personnes âgées et handicapées dans les établissements médico-sociaux et la santé publique (la prévention, mais aussi la veille et la sécurité sanitaire). Cela entraînerait une recomposition du "paysage institutionnel" puisque les ARS vont se substituer aux ARH, aux URCAM, aux Missions régionales de santé, aux Groupements régionaux de santé publique, et elles vont conduire à une profonde reconfiguration des DDASS et DRASS. "Le réseau territorial de l'Assurance maladie devra également être adapté en fonction du scénario retenu. Les URCAM, et la partie des CRAM et du Service médical dont les compétences relèveront des ARS pourront être rattachés aux ARS. Les caisses locales des trois régimes pourraient exercer des activités de régulation par contrat pour le compte de l'ARS", précise le rapport. L'Assurance maladie voit donc son champ se réduire (facilitation de l'accès aux droits, liquidation et contrôle des prestations, action sanitaire et sociale, contentieux, lutte contre les fraudes).(Voir analyse dans Industrie pharmaceutique Hebo - fiche n° 609, jeudi 6 mars 2008).
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000146/0000.pdf

LARCHER (G.)
Ministère de la Santé - de la Jeunesse et des Sports. (M.S.J.S.). Commission de Concertation Relative aux Missions de l'Hôpital. Paris. FRA

Etat des lieux sur l'hôpital.
Paris : Ministère chargé de la santé
2007
Pages : 12p.
Ce rapport réalisé par la commission sur les missions de l'hôpital, pilotée par Gérard Larcher, conclue la première phase de ses travaux, et dresse un premier état des lieux de la concertation menée depuis octobre, qui a permis d'identifier les problèmes et les enjeux. Cette commission, installée le 16 octobre 2007, et organisée en cinq groupes de travail, a procédé à une quarantaine d'auditions des fédérations hospitalières, des organisations syndicales, des conférences hospitalières et des doyens, de l'assurance maladie et des organismes complémentaires. Parmi les principaux constats, l'existence d'un service hospitalier public et privé de qualité, reconnu et apprécié, constitue pour notre pays un atout important sur le plan économique et social et un facteur d'attractivité, mais ce système est toutefois assez coûteux. L'information donnée aux usagers a pris une place importante dans le fonctionnement de l'hôpital. Le secteur hospitalier a connu des réformes importantes et restructurantes au cours des dernières années. La continuité des soins est mal assurée. Le système de santé français est caractérisé par une fragmentation et un cloisonnement entre soins de ville et établissements de santé mais aussi par une déconnexion entre les préoccupations sanitaires et les préoccupations sociales. L'offre de soins est éclatée et le concept de service public hospitalier est à repenser. Le pilotage de l'hôpital public est à améliorer et son attractivité à conforter pour les personnels soignants. Les modalités de fonctionnement des établissements de santé privés devront être adaptés. Enfin, les missions d'enseignement et de recherche sont à renforcer.

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.). Paris. FRA, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers (C.H.U.). Groupe pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière. (G.A.C.A.H.). Angers. FRA
Calcul des coûts par activité. Fiches d'analyse d'écart. Données 2005.
Paris : DHOS
2007
Pages : 190p., tab., graph., ann.
Depuis 1992, le Groupe pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière (GACAH) est missionné par le ministère de la Santé pour promouvoir le développement du contrôle de gestion dans les établissements de santé. La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a mis en ligne le rapport du Groupe sur les coûts unitaires des activités de production hospitalière pour l'année 2005. L'échantillon, renouvelé annuellement, est composé de 135 établissements, dont 17 CHU, 13 CHS et trois établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Tous les établissements n'ont pas fourni des données pour toutes les activités. Les données sur les coûts des hôpitaux publics ont été traitées par la Banque de données hospitalières de France (BDHF) dont la gestion est assurée par le CHU d'Angers. Le rapport détaille les coûts de 42 activités. Les fiches d'analyse d'écarts représentent la première approche validée pour permettre aux établissements de santé qui le souhaitent, de se comparer à un échantillon d'établissements ayant réalisé une présentation comptable homogène, précise la DHOS dans sa note d'accompagnement. La comparaison peut se faire sur le coût unitaire total d'une activité et sur sa composition afin de permettre la détermination des causes d'un éventuel surcoût. La DHOS souhaite que ces données soient utilisées par les gestionnaires hospitaliers et constituent un "outil de maîtrise interne des coûts de production des activités hospitalières". Elle indique qu'"un nombre significatif d'établissements a pu grâce à la comparaison de leurs propres coûts unitaires aux fiches d'analyse d'écarts, identifier la cause de surcoûts et ainsi agir en conséquence". "Dans l'avenir, les acteurs hospitaliers pourront ainsi avoir une connaissance précise de leurs performances économiques de production qui est un des préalables indispensables à une maîtrise réussie des dépenses hospitalières", conclut-elle.

GIRAUD (F.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Les centres hospitaliers et universitaires : réflexion sur l'évolution de leurs missions.
Paris : La documentation française
2006
Pages : 65p.
Créés en 1958, les centres hospitaliers et universitaires visent à établir l'équilibre entre trois missions complémentaires fondamentales que sont les soins, l'enseignement et la recherche. Les centres hospitaliers et universitaires assument aujourd'hui un tiers des activités de soins de l'ensemble des hôpitaux publics, assurent la formation de 30 000 étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et emploient plus de 270 000 personnes. Le rapport de Francis Giraud analyse les missions des CHU et formule seize propositions permettant d'améliorer leur fonctionnement et de préciser leur place dans l'organisation régionale des soins, de l'enseignement et de la recherche.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000495/0000.pdf

MORDELET (P.)
Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé.
Rennes : Editions de l'ENSP
2006
Pages : 368p., 28 fig.
Face à la crise que traversent la plupart des systèmes de santé et des hôpitaux, le statu quo est impossible. Quelles réformes d'envergure engager ? Les règles de la corporate governance appliquées au monde hospitalier dans les pays de l'OCDE sont-elles en mesure d'apporter des solutions durables ? Patrick Mordelet dresse un tableau complet des différents aspects du gouvernement d'entreprise appliqué à l'hôpital : nouveaux modes de tarification basés sur l'activité ou les résultats, convergence tarifaire, partenariat public-privé pour relancer les investissements, conseil exécutif et pôles d'activité clinique pour associer les médecins au pilotage stratégique. Les principales expériences européennes sont analysées en profondeur : systèmes de santé intégrés, virage ambulatoire, restructurations et changement de statut des hôpitaux publics. L'auteur termine par un diagnostic sans concession de la situation française.

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.). Paris. FRA
Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière.
Paris : MSSPS
2006/07
Pages : 99p.
Le présent document a pour objet d'exposer les principaux aspects de la réforme de l'organisation et du fonctionnement des établissements publics de santé couramment appelée " réforme de la gouvernance hospitalière ". A cet effet, il est articulé autour de trois chapitres respectivement consacrés à l'organisation administrative des établissements de santé (chapitre 1er), à leurs instances consultatives (chapitre 2) et à l'organisation interne de ces établissements (chapitre 3).
http://www.sante.gouv.fr/dossiers/gouvernance/gouvernance.pdf

DERMAGNE (J.) / préf., MOLINIER (E.) / pré.
Conseil Economique et Social. (C.E.S.). Paris. FRA
L'hôpital public en France : bilan et perspectives.
Rapport d'activité 2005.
Paris : Editions des journaux officiels : 2005 : 167-189
http://www.ces.fr/ces_dat2/2-3based/base.htm

En France, l'hôpital public occupe une place centrale dans l'offre de soins. Au fil du temps, ses missions se sont étendues, alors même que son fonctionnement est soumis à des contraintes, économiques et réglementaires, de plus en plus fortes. Dans cette étude, le Conseil économique et social dresse un bilan de la situation de l'hôpital public aujourd'hui et trace les perspectives de son évolution à moyen terme.

CHAMBARETAUD (S.), PERICARD (B.)
TIBERGHIEN (F.) / préf.
Commissariat Général du Plan. (C.G.P.). Groupe Poles. Paris. FRA
Pour une régionalisation du système de santé en 2025 : offre, régulation, acteurs : essai de prospective.
Paris : Commissariat Général du Plan : 2005/11 : 132p.
http://www.plan.gouv.fr/actualites/fiche.php?id=259
Ce rapport rassemble les recommandations du groupe de projet POLES, du Commissariat général du Plan, sur la régionalisation du système de santé. L'une d'entre-elles préconise de donner un rôle majeur aux régions dans la réforme du système de santé. "Cette gestion régionale de la santé doit passer par la décentralisation. Aujourd'hui, les conditions ne sont pas réunies, mais dans 20 ans, c'est un pari plausible", indique le groupe qui retient trois scénarios possibles du futur d'un système de santé régionalisé. Dans le scénario "L'an II de la décentralisation", privilégié par le groupe, "les collectivités régionales se voient confier les missions de régulation, de planification de l'offre de soins et de financement du système de santé". L'État central garde ses prérogatives en matière de fixation des priorités de santé, édicte les règles communes, alloue aux régions des enveloppes de péréquation et négocie avec elles des programmations pluriannuelles. L'échelon national de l'assurance maladie disparaît purement et simplement. Chaque région gère le système de santé soit en direct par une direction ad hoc soit par le truchement d'une agence régionale. Le scénario "La déconcentralisation" s'appuie sur une agence régionale de santé qui serait dotée d'un exécutif fort disposant de pouvoirs propres inspirés des prérogatives des directeurs des ARH ou des diverses agences sanitaires. Quant au scénario "Le chariot des desserts", il poursuit la tendance actuelle : ni décentralisation, ni déconcentration, ni délégation. "Fortement empreint d'un esprit de déconcentration, sans toucher l'architecture et les compromis implicites actuels, le système régional se scinde en trois opérateurs : l'État déconcentré définit les politiques de prévention et les programmes de santé, l'ARH gère l'offre de soins en établissements, l'Urcam renforcée se constitue en véritable interlocuteur du secteur ambulatoire, qu'elle régule ou avec lequel elle contracte en empruntant aux outils actuels des ARH". Ce scénario ne bouleverse pas les équilibres, il spécialise et renforce les blocs de compétence. Mais ce découpage "fait fi de l'unité de l'utilisateur final, le patient". "Au regard de ces scénarios futurs ramenés au présent, et en vue d'accompagner les processus de territorialisation du système de santé", le rapport POLES propose six principes fondateurs pour l'Etat et les collectivités territoriales autour de trois axes : "L'évolution de l'offre" (poursuivre la gradation de l'offre de soins et la spécialisation avec un continuum des soins de premier recours aux soins les plus techniques, affirmer le rôle majeur des régions dans une démarche de planification ouverte sur la base d'appels d'offres et de délégation des tâches) ; "le système de régulation" (choisir résolument la régionalisation selon un principe unique mais des modes de gestion diversifiés, ce qui permet par exemple d'articuler décentralisation et agence régionale de santé, recentrer le rôle de l'Etat sur l'évaluation et la péréquation) ; "les relations entre les acteurs du système de santé" (privilégier le niveau régional dans les négociations avec les professionnels de santé, conforter la légitimité du politique en santé, autrement dit faire en sorte que le politique s'empare des questions de santé plutôt que construire une démocratie sanitaire spécifique).

VASSEUR (V.)
HIRSCH (E.) / préf.
L'hôpital en danger.
Paris : Flammarion : 2005 : 263p.

Il y a cinq ans, Véronique Vasseur a défrayé la chronique en publiant "Médecin-chef à la prison de la Santé", une description sans concession de la vie quotidienne dans cet établissement pénitentiaire. Un ouvrage choc qui a suscité des polémiques et marqué les esprits. Aujourd'hui, cette femme de tempérament ouvre un nouveau débat de société ; le délabrement du système hospitalier et les réformes à lui apporter. Parce que ce médecin indépendant d'esprit n'aime rien cacher, son journal d'hôpital ne va pas plaire. Conditions de travail difficiles, manque de moyens et de personnel, cabales internes, lenteurs malheureuses, gabegie, mais aussi dévouement extrême de certains médecins, internes et infirmières, rapports délicats avec la souffrance des patients, accompagnement des mourants comme des familles éplorées... Tous les aspects du quotidien du monde hospitalier sont, ici, racontés sans fard. A la fois terrible et angoissante, émouvante et vraie, enflammée et humaine, cette plongée dans un univers méconnu terrifie autant qu'elle fascine, inquiète autant qu'elle émeut.

RAULT-DOUMAX (P.)
Etablissements de soins publics et privés : y-a-t-il un avenir au partenariat public/privé.
Paris : L'Harmattan : 2005 : 216p.
La recomposition de l'offre hospitalière de soins bénéficie d'un effort législatif cohérent, surtout depuis les ordonnances du 24 avril 1996 qui créent notamment les Groupements de Coopération Sanitaires (GCS). Le GCS apparaît désormais aux pouvoirs publics comme étant leur meilleure structure organisationnelle d'accueil : il offre l'opportunité d'organiser un partenariat public-privé innovant dans notre système de santé trop marqué par la césure ville-hôpital depuis les ordonnances de 1968. Le partenariat public-privé offre la meilleure chance à une pluralité organisée et complémentaire de l'offre de soins

SILBER (D.), CASTRA (L.), GAREL (P.), RISK (A.)
Institut Montaigne. Paris. FRA
Hôpital : le modèle invisible.
Paris : Institut Montaigne : 2005/06 : 86p.
http://www.institutmontaigne.org/hopital_le_modele_invisible.pdf
Cette intéressante note de 88 pages, réalisée pour l'Institut Montaigne par Denise SILBER, dirigeant de Basil Strategies, société de conseil en santé et nouvelles technologies, vient de paraître sur le site de l'institut. Elle est consacrée aux hôpitaux privés à but non lucratif (PNL), qui représentent un troisième modèle d'organisation peu connu du public. Il existe 868 établissements de ce type en France, soit 28 % des 3000 établissements français. Certains de nos établissements les plus réputés en font même partie mais le modèle est invisible, le secteur en régression (- 20 % des lits en 10 ans) et son environnement réglementaire peu favorable dans notre pays. Et pourtant, les PNL, qui allient à la fois gestion privée, service public et absence de profits, sont aussi performants du point de vue économique qu'en termes de solidarité. Ils sont en pleine expansion en Allemagne, très développés aux Pays-Bas (86 % des établissements), aux États-unis (60 %) et… en Alsace, mais pas sur le reste du territoire. Les résultats obtenus prouvent que la formule "est viable et pourrait bien être actuellement le meilleur compromis technique, économique et managérial en matière d'organisation hospitalière". Dans sa note, Denise Silber plaide pour la reconnaissance en France de l'hôpital privé à but non lucratif, pour le rétablissement de l'égalité de traitement avec les autres secteurs hospitaliers, et pour la création de véritables passerelles de conversion afin que tous les établissements aient la possibilité de faire évoluer leur statut.

MOLINIE (E.)
Conseil Economique et Social. (C.E.S.). Paris. FRA
L'hôpital public en France : bilan et perspectives.
Paris : Editions des journaux officiels : 2005 : 263p.

En France, l'hôpital public occupe une place centrale dans l'offre de soins. Au fil du temps, ses missions se sont étendues, alors même que son fonctionnement est soumis à des contraintes, économiques et réglementaires, de plus en plus fortes. Dans cette étude, le Conseil économique et social dresse un bilan de la situation de l'hôpital public aujourd'hui et trace les perspectives de son évolution à moyen terme.

RAULT-DOUMAX (P.)
Etablissements de soins publics et privés : y-a-t-il un avenir au partenariat public/privé.
Paris : L'Harmattan : 2005 : 216p.
La recomposition de l'offre hospitalière de soins bénéficie d'un effort législatif cohérent, surtout depuis les ordonnances du 24 avril 1996 qui créent notamment les Groupements de Coopération Sanitaires (GCS). Le GCS apparaît désormais aux pouvoirs publics comme étant leur meilleure structure organisationnelle d'accueil : il offre l'opportunité d'organiser un partenariat public-privé innovant dans notre système de santé trop marqué par la césure ville-hôpital depuis les ordonnances de 1968. Le partenariat public-privé offre la meilleure chance à une pluralité organisée et complémentaire de l'offre de soins

KERVASDOUE (J. de)
L'hôpital vu du lit.
Paris : Editions du Seuil
2004
Pages : 168p.
Ancien directeur des hôpitaux au ministère de la Santé de 1981 à 1986, Jean de Kervasdoué est professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire national des arts et métiers et expert en santé publique. Il a participé à la réforme du système hospitalier et analysé la gestion et le fonctionnement de dizaines d'hôpitaux. Il connaît donc mieux que quiconque le monde de l'hôpital. Il se retrouve suite à un accident à la place du patient et cela le conduit à réévaluer son savoir et à se poser d'autres questions telles que la place du patient dans le système, la déshumanisation de l'hôpital, la communication entre le patient et les professionnels de l'hôpital. L'ouvrage donne le récit de son expérience et une analyse critique des réformes hospitalières.

LABAYLE (D.)
Tempête sur l'hôpital.
Paris : Editions du Seuil
2002
Pages : 265p.
L'hôpital est au bord de la crise de nerfs, et c'est notre affaire à tous. Denis Labayle, chef de service dans un grand établissement de la région parisienne, met le dossier à plat pour la première fois. Son livre est d'abord un livre de protestation fondé sur l'expérience et sur l'expertise. L'hôpital est incohérent. Il ne parvient ni à accueillir correctement les malades, ni à coordonner la diversité des compétences requises, ni à trouver une gestion rationnelle des moyens nécessaires. Un monde opaque. Chacun en prend pour son grade. Mais le propos de l'auteur est exempt de tout corporatisme. Farouchement attaché au service public, il ne plaide pour aucun lobby, aucun groupe de pression, pas plus celui des médecins que celui des gestionnaires trop lointains ou des évaluateurs en chambre. Et pourtant, en France, on sait soigner. Plutôt que de réclamer toujours plus d'argent, Denis Labayle préconise d'employer différemment les richesses humaines existantes. Une autre manière de travailler ensemble, de diriger, de former, de dialoguer. On peut être plus performant pour le même prix. L'auteur le démontre brillamment : qualité et transparence vont de pair.

DOUMAX-RAULT (P.)
Hôpitaux, cliniques, quel futur ?
Paris : L'Harmattan

2004
Pages : 298p., ann.
Le mode d'exercice de la chirurgie à l'hôpital et plus particulièrement dans les établissements de santé privés est en totale mutation. Ce changement apparu depuis une décennie va en s'accentuant par des coûts de la santé qui s'accroissent et des recettes fluctuant avec l'économie générale. Cet ouvrage s'efforce de comprendre la problématique d'un exercice professionnel qui confond trop souvent soin et santé. Cet exercice est encore qualifié de libéral bien qu'il soit de plus en plus encadré. L'ouvrage ouvre une perspective sur l'évolution attendue.

PICARD (M.)
Conseil Economique et Social. (C.E.S.). Paris. FRA
Aménagement du territoire et établissements de santé.
Paris : Edition du journal officiel
AVIS & RAPPORTS DU CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL
2004
Pages : 172p., tabl., ann.
Dans un premier temps, ce rapport pointe sur les enjeux sanitaires liés à l'aménagement du territoire. Il démontre qu'il faut prendre en compte les besoins réels de santé, réduire les inégalités épidémiologiques, mieux répartir l'offre de soins, mieux cerner les enjeux locaux et insérer la dynamique de l'offre de soins dans celle de l'économie locale et régionale. Puis, il émet des propositions dans l'objectif d'améliorer l'adéquation entre territoires et besoins de santé : activation des réseaux en direction des populations fragiles, maintenir l'hôpital local en tant qu'élément de proximité, développer la télémédecine par étapes, adapter la tarification à l'activité (T2A) selon des critères de différenciation de besoins locaux, meilleure répartition des professions de santé pour éviter la désertification ; etc.
http://www.ces.fr/ces_dat2/3-1actus/frame_derniers_rapports.htm

CLEMENT (J.-M.)
Réflexions pour l'hôpital : proximité, coopération, pouvoirs.
Bordeaux : Les Etudes hospitalières
2004
Pages : 137p.
Cette deuxième édition de Réflexions pour l'hôpital propose des suggestions, afin de sauver le service public hospitalier français. L'auteur Jean-Marie Clément est un spécialiste du domaine hospitalier, et son ouvrage est le reflet de trente ans d'expérience hospitalière.

CLEMENT (J.-M.)
La crise de confiance hospitalière : constat, causes, réformes.
Libre Propos.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
2003
Pages : 221p.
Fruit de 35 ans d'études et de pratique hospitalière, cet essai est un constat sans complaisance. L'auteur, juriste et praticien de la gestion hospitalière, développe les causes de cette crise de confiance qui mine les hôpitaux et apporte à la réflexion une originalité certaine. Il est peu courant de lire qu'il y a trop de docteurs mais pas assez de médecins. Ses conceptions sont hors des sentiers battus et ne peuvent être rattachées à une quelconque idéologie. Sans faire preuve de syncrétisme, Jean-Marie Clément s'émancipe des courants de pensées et puise dans son expérience les idées pour une réforme. Là encore l'auteur ne manque pas de singularité. Il prend le risque d'être attaqué de tous les côtés, mais son ambition est à ce prix car il veut susciter la réflexion, réveiller la dispute, provoquer la libre pensée chez chacun de ses lecteurs. D'une écriture claire et sans jargon, avec ce qu'il faut de mordant pour contraindre à réagir, cet essai doit marquer la pensée hospitalière. Il s'adresse à tous les personnels hospitaliers et, plus largement, à tous les

lecteurs curieux de l'évolution de l'institution hospitaliè. Tous apprécieront la liberté de ton, la connaissance du système, l'ampleur de l'analyse, la rigueur des arguments (4e de couverture).

OUVRAGE
KERVASDOUE (J. de)
L'hôpital.
Que sais-je ? ; n° 795.
Paris : Presse Universitaires de France (PUF)
2004
Pages : 127p.
Si l'hôpital est un lieu familier à tous, son fonctionnement, les règles qui gouvernent cette institution sont mal connus. C'est que l'hôpital a de multiples missions et de nombreux visages : centres de référence des technique médicales, lieu de recherche et d'enseignement ou encore espace de prévention et d'éducation à la santé, il est aussi hôtel qui accueille des patients toute l'année, une entreprise au personnel nombreux dont les fonctions et statuts sont variés, un bâtiment civil aux normes d'hygiène et de sécurité innombrables, une institution, ouverte 24 heures sur 24, accueillant toutes les détresses… Alors que la réforme des systèmes de santé se met en place peu à peu, cet ouvrage nous invite à comprendre l'organisation des institutions hospitalières et les enjeux sociaux, économiques, politiques, scientifiques et techniques mais aussi éthiques qui s'y rattachent.

Institut Montaigne. Paris. FRA
L'hôpital réinventé.
Paris : Institut Montaigne
2004/01
Pages : 87p.
Ce rapport est le résultat d'une réflexion du groupe de travail "Hôpitaux" de 'Institut Montaigne, présidé par Dominique Coudreau. Son objectif est d'élaborer "un diagnostic lucide et consensuel des difficultés de l'hôpital public et proposer des solutions acceptables pour sa modernisation". A lui seul son titre, " Ré-inventer l'hôpital " dit son ambition. Une des solutions proposées : le transformer en "hôpital privé à but non lucratif, tout en conservant aux personnels qui le souhaitent leur statut public". Les défenseurs d'un hôpital public ouvert à tous apprécieront. Les auteurs du rapport pensent que "les valeurs et le savoir-faire de l'hôpital et de ses soignants sont essentiels pour l'avenir du système de santé français, et que tout doit être fait pour leur permettre de se perpétuer". Pour l'institut, l'hôpital doit à la fois "garantir la solidarité, la qualité et la continuité des soins, fondement de notre système de santé, et permettre l[1]accès aux traitements les plus performants et contribuer à les améliorer, afin de demeurer à la pointe du progrès médical". Mais il ne pourra remplir cette mission qu'en "éliminant les boulets qui pèsent sur le système". Un système rigide, figé par le règlement, incapable de s'adapter, conduit à une démotivation des acteurs, à une impossible gestion des ressources humaines, à une réglementation foisonnante et à une gouvernance inexistante. Le mal principal dont souffre l'hôpital public en 2003 serait d'ordre managérial. L'axe prioritaire de la réforme de l'hôpital devrait être de "libérer l'initiative et la créativité de ses acteurs des excès de la réglementation et des procédures administratives tatillonnes". Ce rapport comprend, en annexes, des extraits du rapport "Hospitals in a changing Europe" (Martin McKee et Judith Healy).
http://www.institutmontaigne.org/

COUANAU (R.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Culturelles - Familiales et Sociales. Paris. FRA
Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital.
Paris : Assemblée Nationale
2003

Pages : 57p.
Une mission parlementaire, pilotée par le député-maire (UMP) de Saint-Malo, René Couanau, a été diligentée sur le thème de l'organisation interne de l'hôpital. Son rapport intitulé "le désenchantement hospitalier", a été remis à Jean-François Mattei mercredi 19 mars. Il dresse le constat d'une "double crise morale et financière" à l'hôpital public et préconise une réforme basée sur une plus grande autonomie des établissements. "Dégradation des conditions d'accueil, absence de culture de l'évaluation, désorganisation aggravée par la mise en place de la RTT, investissements sacrifiés, absence de vision stratégique, carcans administratifs, mode de financement sclérosant, difficultés à identifier l'autorité et la responsabilité à l'hôpital", la liste est longue des maux dont souffre l'hôpital, selon les auteurs du rapport. La mission Couanau plaide ainsi en faveur d'un "scénario de la responsabilité", qui "privilégie et renforce l'autonomie de l'établissement, lui ménage des espaces de liberté, lui laissant décider de son organisation interne, des formules d'intéressement de ses personnels ou de coopération avec les autres acteurs de santé". Bref, il remet sérieusement en question l'architecture actuelle de l'hôpital. La perspective de la réforme de la gestion des hôpitaux attise depuis quelques mois les rivalités entre les médecins et les directeurs.
http://www.assemblee-nat.fr/12/pdf/rap-info/i0714.pdf

DUCASSOU (D.), JAECK (D.), LECLERCQ (B.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission relative aux Spécificités des CHU. Paris. FRA , Ministère de la Jeunesse - de l'Education Nationale et de la Recherche. (M.J.E.N.R.). Paris. FRA
Plan Hôpital 2007 : restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et de l'Université.
Paris : Ministère chargé de la Santé
2003/04
Pages : 47p.
Cet rapport présente les résultats de la mission conduite par Dominique Ducassou, Daniel Jaeck et Benoît Leclercq sur le rôle et les missions du centre hospitalier universitaire (CHU) dans le cadre du plan hôpital 2007. Il complète celui de la mission parlementaire de René Couanau sur le désenchantement, et le rapport récemment remis par Denis Debrosse, Antoine Perrin et Guy Vallancien sur la modernisation du statut de l'hôpital public et de sa gestion sociale. Il permet ainsi aux ministres de poursuivre l'élaboration des orientations définitives à partir desquelles s'ouvrira une phase de concertation sur la mise en œuvre des réformes projetées. Le caractère innovant des propositions qu'il contient s'articule autour de quatre thèmes : améliorer l'organisation interne de l'hôpital universitaire et moderniser son statut, clarifier les liens entre hôpital et université, assurer la responsabilisation des acteurs et le financement des activités, ouvrir le CHU sur son environnement.
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/rapp_chu.pdf

DEBROSSE (D.), PERRIN (A.), VALLANCIEN (G.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.). Paris. FRA
Projet Hôpital 2007 : mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale.
Paris : DHOS
2003/04
Pages : 250p., tabl.
Après le rapport de René Couanau, ce rapport réalisé par la mission sur la modernisation du statut de l'hôpital et de sa gestion sociale a été conduit par Denis Debrosse, le directeur de l'hôpital d'Angoulême, Antoine Perrin, le président de la Commission médicale (CME) de l'hôpital du Mans et Guy Vallancien de la Faculté de Médecine Broussais Hôtel Dieu. Les auteurs y proposent d'accorder plus d'autonomie à chaque établissement, de modifier les modes de recrutement et d'assouplir le code des marchés publics dans son application aux

EPS. Si l'Etat doit rester garant de la cohérence et de l'équité de l'accès aux soins, ils suggèrent toutefois de déconcentrer les responsabilités de l´Etat au niveau des régions, qui connaissent le mieux les besoins, permettant d'organiser de véritables territoires de santé, et les ARH doivent devenir le guichet unique par lequel passent toutes les réglementations et décisions des autres organismes. Le ministre de la Santé devrait présenter son projet concernant la réforme de l'hôpital public le mois prochain, après réception d'un troisième rapport, fruit du travail d'un groupe de projet sur les CHU.
http://www.sante.gouv.fr

MAUSS (H.), POLTON (D.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA, Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
Territoires et accès aux soins : rapport du groupe de travail.
Paris : La documentation française
2003/01
Pages : 104p., tabl., graph., fig., carte, ann.
Depuis une dizaine d'années, avec l'expérience née de deux générations de SROS mais aussi d'autres démarches, la réflexion sur les territoires s'est enrichie et diversifiée. L'expertise technique se développe pour définir des zonages intégrant les habitudes de vie et de déplacement des populations (aires urbaines, zones d'emploi, bassins d'attraction de services…). D'autres approches se fondent sur des " territoires projet " ou " réseaux d'acteurs ". Ce rapport rassemble les propositions du groupe de travail chargé de réfléchir à cette thématique. Elles s'appuient sur des auditions d'experts, sur des enquêtes destinées à rassembler l'expertise acquise dans les régions par les ARH, les URCAM, les DRASS et les ORS, et sur une série de travaux techniques de géographes. Il comprend trois parties. Tout d'abord, quelques remarques préliminaires situent l'esprit dans lequel le groupe a travaillé, la philosophie sous-jacente, ses recommandations et la manière dont il a conçu la réponse au mandat qui lui était donné. Une deuxième partie dresse l'état des lieux des territoires existants, le bilan que l 'on peut faire de ces approches, et formule des propositions pour une approche territoriale globale et cohérente. La troisième partie, plus méthodologique, rassemble des outils utilisables pour des approches territoriales, en les illustrant par des exemples, et décrit un certain nombre d'expériences régionales qu'il paraît intéressant de faire partager, dans une perspective de capitalisation des acquis.

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.). Paris
Rapport du groupe de travail relatif aux recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale.
Paris : DHOS
2002/03
Pages : 100p., ann.
Le présent rapport constitue la synthèse des travaux de l'un des groupes de travail mis en place à la suite des protocoles d'accord des 13 et 14 mars 2000 relatif à l'offre en psychiatrie. L'objectif assigné à ce groupe de travail était de formuler des recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins psychiatrique publique et privée pour répondre aux besoins de la population dans le domaine de la santé mentale. La première partie est consacrée à un bilan de la situation actuelle : attentes des usagers, attentes des professionnels et analyse critique de l'offre de soins spécialisée en santé mentale. La deuxième partie émet des propositions d'amélioration : principes d'action, propositions d'actions prioritaires, mesures d'accompagnement et de mise en oeuvre des actions prioritaires. (Sur internet :
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/sant_ment/rapp_dhos/sommaire/sommaire.pdf)
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/sant_ment/rapp_dhos/sommaire/sommaire.pdf

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction des Hôpitaux. (D.H.). Paris. FRA
Atlas de la recomposition hospitalière.
Paris : Direction des Hôpitaux
2001/12
Pages : pag. mult., 2 vol., carte
Cette deuxième édition de l'atlas de la recomposition de l'offre de soins dresse un inventaire des principales opérations - en projet, en cours ou achevée - de recomposition par région de novembre 1998 à juillet 2000, sur la base d'information fournies par les agences régionales de l'hospitalisation. Pour chaque région (y compris les DOM), ce bilan présente trois types d'opérations : les actions de coopération et recomposition de l'offre de soins concernant d'un à trois/quatre acteurs lorsqu'elles traduisent une adaptation ou évolution locale de l'offre ; les communautés d'établissements qui ont vocation à rapprocher les établissement de santé assurant le service public hospitalier dans un secteur sanitaire pour les rendre davantage complémentaires ; les réseaux de soins qui fédèrent les différents acteurs intervenant en milieu hospitalier ou en ville, lorsqu'ensemble ils s'organisent pour la prise en charge d'une pathologie chronique ou d'une population particulière. Cet atlas est consultable sur le site internet du Ministère de l'emploi et de la solidarité : http://www.sante.gouv.frl http://www.sante.gouv.fr/pdf/crhos.pdf

MALVY (M.)
Association des Petites Villes de France. (A.P.V.P.). Paris. FRA
Le livre blanc sur les hôpitaux de proximité.
Paris : APVF
2001
Pages : 30p.
La publication du premier livre blanc de l'APVF sur les hôpitaux de proximité en mars 1998 avait connu un écho médiatique significatif en ce sens qu'il constituait la première réponse sérieuse et argumentée à la campagne systématique et injuste de dénigrement des petits hôpitaux. La situation a évolué depuis ces 3 années. Les attaques ne portent plus sur le coût ou l'insécurité sanitaire des petits hôpitaux, mais sur les deux axes suivants : - les petites structures de soins, disséminées sur l'ensemble du territoire sont confrontées à des vacances de postes de praticiens hospitaliers ; - la mise en réseau modifie l'organisation des soins. Ce deuxième livre blanc fait une analyse lucide de la situation actuelle, et réaffirme sa référence permanente : un réseau public de soins efficient sur tout le territoire, avec le droit pour tout citoyen d'être aussi bien soigné quelle que soit sa localisation

Université de Droit - d'Economie et des Sciences d'Aix - Marseille. Faculté de Droit et de Science Politique. Aix - Marseille. FRA
Cartes, schémas et décentralisation.
Collection Collectivités locales.
Aix - Marseille : Presses Universitaires
2000
Pages : 341p.
Cet ouvrage général sur les schémas de planification et la décentralisation en France comporte un chapitre sur le schéma régional d'organisation sanitaire, instrument de restructuration du tissu hospitalier. Après un aperçu historique sur l'origine du SROS en santé (réforme du 31 juillet 1991), il comprend deux sections : la première section porte sur les finalités et les implications du SROS, la deuxième sur la mise en oeuvre des SROS en en soulignant les imperfections et les évolutions.
Cote Irdes : A2545

SEGADE (J.P.)
La contractualisation à l'hôpital.

Objectifs en management hospitalier.
Paris : Masson
2000
Pages : 110p., tabl., ann.
La réforme du service public s'est dotée, pour être efficace, d'outils juridiques nouveaux tels que la contractualisation. Ce concept de gestion a été repris dans le cadre de la réforme de l'hospitalisation imposée par les Ordonnances de 1996 et appliqué au domaine hospitalier dont le mode de gestion ne répondait plus aux contraintes imposées par l'accroissement de la complexité des soins et les exigences de maîtrise budgétaire. Mettant en exergue les nouvelles relations de l'hôpital avec l'Etat, les spécificités des contrats interne et externe et l'évolution du rôle des acteurs du monde de la santé dans le cadre de cette réforme, cet ouvrage explique l'utilisation de la contractualisation de façon aussi bien théorique que pratique.

OUVRAGE
MATHY (C.)
La régulation hospitalière.
Paris : Médica Editions (Economica)
2000
Pages : 282p.
Cet ouvrage porte sur la régulation du système hospitalier français et vise à replacer les questions que pose cette régulation dans l'ensemble des théories économiques susceptibles d'en rendre compte. Plus précisément, cet ouvrage s'ouvre sur une analyse des politiques hospitalières antérieures à celle d'aujourd'hui où la régulation hospitalière rélève à la fois d'une logique planificatrice et d'une logique marchande, sans réelle articulation.

MOUGEOT (M.), NAEGELEN (F.)
Conseil d'Analyse Economique. (C.A.E.). Paris. FRA
Régulation du système de santé.
Paris : La Documentation Française
RAPPORT DU CONSEIL D'ANALYSE ECONOMIQUE
1999
N° : 13 :
Pages : 202p., ann.
Par comparaison avec les autres pays développés, le système de santé français paraît relativement coûteux pour des performances sanitaires moyennes et une priorité implicite donnée à la médecine curative sur la prévention. De plus, si les inégalités d'accès aux soins se sont réduites depuis une quinzaine d'années, certaines disparités importantes persistent au détriment des populations les plus fragiles. Le mode de régulation du système de soins mis en oeuvre en France depuis une vingtaine d'années, qui repose largement sur une planification centralisée des quantités (nombre de praticiens, équipements hospitaliers et enveloppes globales), n'a pas permis de réduire durablement le rythme des progressions des dépenses de santé, contrairement à ce que l'on peut observer dans d'autres pays européens. Michel Mougeot propose de rééquilibrer l'intervention publique en accordant plus de place à la mise en oeuvre de mécanismes incitatifs décentralisés, afin de faire jouer un rôle plus important aux signaux tarifaires - comme la tarification hospitalière « à la pathologie » - ou aux procédures de concurrence par comparaison (appels d'offre). Par ailleurs, l'assurance maladie devrait jouer pleinement son rôle d'acheteur de soins.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/994000153.shtml -

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction des Hôpitaux. (D.H.). Paris. FRA
La révision des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire.
Paris : DH
1999/11

Pages : 139p., 4 tabl.
Chaque ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) a eu pour mission de mettre à jour les premiers SROS entre avril 1998 et septembre 1999. Ce document présente un bilan général des processus de révision des SROS des ARH ainsi qu'un récapitulatif des priorités finalement retenues par chaque région. La première partie concerne les méthodes utilisées par les ARH pour mener à bien ce projet (conduite du projet, formalisation de la démarche, implication des usagers, approches territoriales, communication) ainsi que les travaux qui ont été réalisés (bilan des premiers SROS, diagnostics et études, document de cadrage, orientations stratégiques, élaboration des documents définitifs, calendrier des signatures des arrêtés). La seconde partie présente plutôt le contenu des SROS : la synthèse nationale, les principaux thèmes retenus par les ARH, puis une présentation régionale des SROS (fiches qui résument, par région, les principaux éléments du SROS : éléments marquants du diagnostic, priorités du SROS, constats et orientations par des volets thématiques).

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction des Hôpitaux. (D.H.). Paris. FRA
Bilan de la recomposition de l'offre hospitalière pour la période 1994-1999 : document transmis au Parlement conformément au dispositif prévu par l'article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997.
Paris : DH
1999/10/15
Pages : 15 p., 1 carte, 14 graph., 5 tabl.
Le présent rapport est le résultat d'une enquête effectuée au mois de juillet 1999 auprès des agences régionales de l'hospitalisation. Il rend compte, comme les années précédentes, de l'état des cartes sanitaires de médecine, chirurgie, obstétrique et soins de suite et de réadaptation au 30 juin 1999, et des évolutions constatées depuis le 1er juin 1994 (évolution des capacités autorisées et des taux d'excédents selon les spécialités médicales et les régions entre 1994 et 1999). Par ailleurs, il dresse l'état d'avancement des opérations inscrites dans l'atlas de la recomposition de l'offre hospitalière publié en décembre 1998 (fusions, communautés d'établissements, réorganisation de l'obstétrique). Cet atlas est consultable sur le site internet du Ministère de l'emploi et de la solidarité :http://www.sante.gouv.fr/

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction des Hôpitaux. Sous-direction de l'évaluation et de l'organisation hospitalières. Paris. FRA
Bilan des cartes sanitaires et des schémas régionaux de psychiatrie.
Paris : MSSSPS
1999/10
Pages : 47p., 7 ann., graph., tabl.
Ce document présente un bilan des cartes sanitaires et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de psychiatrie en France sur la base de deux enquêtes : une enquête réalisée auprès des régions en août 1999 sur la carte sanitaire, le SROS et les coopérations restructurantes, et une étude des schémas régionaux par rapport aux priorité nationales figurant dans les circulaires de 1990 et 1992. Dans une première partie, ce bilan s'intéresse aux difficultés techniques et de mise en oeuvre rencontrées lors de l'élaboration des cartes sanitaires et des SROS, ainsi qu'aux aspects de la démarche qui sont apparus positifs. Puis un bilan a été ensuite réalisé sur les objectifs retenus par les SROS, en particulier sur les éléments suivants : l'accessibilité aux soins, la réponse à l'urgence, le développement et la diversification des types de prise en charge, la réponse aux besoins exprimés dans le secteur sanitaire (hors urgences) et ceux dans les secteurs social et médico-social, la réponse à des besoins spécifiques (nourrissons et jeunes enfants, adolescents, personnes âges, patients chroniques, personnes souffrants de conduites addictives, personnes démunies), le développement de la réadaptation et de la réinsertion, la cohérence avec les autres schémas, le renforcement de la coordination des acteurs dans les

secteurs sanitaire et médico-social, la prévention, la formation des personnels de psychiatrie, la recherche.

STINGRE (D.)
Le service public hospitalier.
Que sais-je ? ; 3049.
Paris : Presses Universitaires de France
1998
Pages : 126p.
Cet ouvrage fait le point sur la réforme hospitalière mise en place par le plan Juppé de 1996. Il montre que l'administration hospitalière, qui en découle, connaît une mutation sans précédent. L'avenir réside dans une logique contractuelle afin de prendre en compte les dimensions essentielles d'un service public hospitalier : réponse aux besoins de santé, qualité des prestations, maîtrise des coûts et intégration de l'évaluation dans le processus de régulation.

COCA (E.)
Hôpital silence : les inégalités entre hôpitaux.
Paris : Berger-Levrault
1998/05
Pages : 459p., tabl., graph.
Cette nouvelle édition fait le point sur les chiffres actuels des inégalités de productivité, de moyens globaux et de financement, de densité médicale, entre hôpitaux, entre régions, ainsi que sur la position particulièrement privilégiée de l'Ile-de-France. Etayé de très nombreux tableaux, schémas et cartes parlantes, notamment des cartes de France des inégalités, cet ouvrage est une source fiable et percutante de toutes les données quantitatives relatives à l'offre hospitalière.

BASSET (B.), LOPEZ (A.)
Planification sanitaire : méthodes et enjeux.
Rennes : ENSP
1997
Pages : 183p.
En France, le souci immédiat est la réduction des déficits de l'assurance maladie. Diminuer les dépenses, augmenter les recettes : quelles que soient les options retenues, des choix doivent être faits, des priorités établies. Selon quels critères, avec quelles méthodes ? La planification sanitaire s'efforce de répondre à ces questions. A la veille de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) dits de seconde génération, les auteurs tirent les leçons de la réalisation des premiers SROS. Analysant les méthodes, précisant les enjeux, ils proposent des repères utiles à tous les acteurs.

CONTANDRIOPOULOS (A.P.), SOUTEYRAND (Y.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mire Direction des Hôpitaux D.H. Paris. FRA
L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins.
Montrouge : John Libbey Eurotext
1996
Pages : 317p., tabl., 3 ann.
Les travaux engagées dans le cadre du programme de recherche lancé par la Mission Recherche (MIRE) et la Direction des Hôpitaux du Ministère du Travail et des Affaires Sociales ont constitué la base de ce texte qui en offre une synthèse. Neuf équipes de recherche y livrent le fruit de leur analyse en matière de gestion, économie et sociologie de la santé. A l'heure de la mise en place d'une nouvelle réforme hospitalière, cet ouvrage contribue largement à nourrir la réflexion de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir du système de santé en France.

FOURNIER (V.)
L'hôpital sens dessus dessous.
Paris : Editions Michalon
1996
Pages : 315p.
L'objectif de cet ouvrage est de donner à chacun des éléments de réflexion sur l'avenir de l'hôpital public et de démontrer qu'il existe une troisième voie entre le "tout social" et le "tout libéral". Riche en exemples et en propositions concrètes, il donne des outils pour apprécier les solutions suggérées par les politiques, les économistes et les prospectivistes.

PEIGNE (F.), FONTENEAU (R.)
Porte ouverte sur l'hôpital.
Paris : Editions ESKA
1995
Pages : 152p.
L'hôpital traverse une crise dont témoigne depuis plusieurs années la persistance des mouvements sociaux qui l'agitent. Compte tenu de l'émergence de nouveaux besoins sanitaires et de la raréfaction des ressources, l'hôpital est appelé à se restructurer, à se diversifier, à sorti de ses murs pour s'ouvrir au secteur libéral et à la médecine de ville, à s'intégrer dans des réseaux de soins coordonnés. Cet ouvrage espère tout d'abord contribuer à une meilleure information "du patient" qui dispose encore d'un libre choix dont il lui convient de faire bon usage. Il analyse ensuite les pratiques et les difficultés du personnel hospitalier. Il essaie enfin de décrire les destinées d'un hôpital qui doit entrer dans le XXIème siècle, dynamique, rénové, motivant ses professionnels et répondant aux attentes légitimes des malades.

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Haut Conseil de la Réforme Hospitalière. Paris. FRA
Réforme de l'hospitalisation publique et privée.
Paris : Direction des Hôpitaux
1995/11/30
Pages : 35-68
Au terme de cinq mois de travaux de réflexion, les membres du Haut Conseil de la Réforme Hospitalière proposent à travers 12 fiches, les axes principaux d'une réforme donnant au gouvernement les moyens concrets d'améliorer l'efficacité du dispositif d'hospitalisation en France. La réforme hospitalière proposée répond à trois objectifs principaux : recentrer le dispositif d'offre de soins autour du malade, donner aux professionnel les moyens de répondre aux besoins sanitaires et sociaux, améliorer l'efficacité des dépenses consacrées à l'hospitalisation.

COCA (E.)
Les inégalités entre hôpitaux : obstacle à l'efficacité et à l'équité de la maîtrise des dépenses hospitalières.
Paris : Berger-Levrault
1995/10
Pages : 479p., tabl., graph.
La réforme de l'hôpital est au coeur de la politique de santé et d'assurance maladie de notre pays. 60% des dépenses de l'assurance-maladie servent à financer l'hôpital ; 90% des dépenses de l'hôpital sont financées par l'assurance maladie. Or la situation financière de l'assurance-maladie, l'ampleur du chômage et le niveau des prélèvements obligatoires n'autorisent nul optimisme. Le système hospitalier souffre encore de trop grandes inégalités : selon l'hôpital ou la région considérés, l'offre, le financement, la productivité et la densité médicale ou soignante apparaissent étonnamment inégalitaires. Pour combattre l'exclusion sociale, dans une période économique contraignante, il est désormais nécessaire de

maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières, et à cette nécessité doit correspondre une exigence d'équité interrégionale et interétablissements. L'objet de ce livre est de mettre à disposition de chacun des données chiffrées fiables et complètes, encore jamais publiées, sur les inégalités entre hôpitaux et entre régions.

Fédération Nationale de la Mutualité Française (F.N.M.F.). Paris. FRA
Rapport du comité de concertation sur l'hospitalisation.
Paris : FNMF
1995/03
Pages : 29p.
Plusieurs rapports sont sortis, courant 1994, sur le fonctionnement du système hospitalier français, formulant des propositions d'amélioration ou conseillant des expérimentations. Dans ce document, le comité de concertation de la Mutualité Française complète son premier rapport de Janvier 1994 en formulant trois propositions : - redéployer les ressources et les structures du système hospitalier afin qu'il remplisse avec le maximum d'efficacité et d'efficience ses missions d'intérêt public ; - adapter le financement du système hospitalier aux besoins des populations ; - évaluer la qualité médicale, économique et sociale des structures, des activités médicales et des résultats observés du système hospitalier.

DARNIS (J.P.), HESPEL (V.), MELCHIOR (P.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Rapport de synthèse de la mission interministérielle sur les hôpitaux.
Paris : IGAS
1994/07
Pages : 112p., ann.
Ce rapport sur l'hôpital est le résultat d'une mission conjointe d'enquête menée en 1994 sur cinq régions françaises : Rhône-Alpes, Aquitaine, Lorraine, Centre et Ile-de-France. Après une présentation de l'offre de soins hospitalière et un bilan de la planification sanitaire actuelle, il fait différentes propositions visant à améliorer la situation actuelle : intervention de l'Etat, renforcement des tutelles, redéfinition des orientations de la politique de l'Etat, révision des modalités d'allocation budgétaire des ressources, amélioration des outils de planification et redéploiement du secteur sanitaire.

Articles

Réformer l'hôpital comme une entreprise : les errements de trente ans de politique hospitalière : 1983-2013.
DOMIN (J.P.)
En ligne
REVUE DE LA REGULATION, n°17, 2015/01-06
In : Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire : dossier thématique.
http://regulation.revues.org/11063
Cet article tente de comprendre pourquoi, depuis une trentaine d'années, les réformes hospitalières ont suscité la vive opposition des personnels. La période qui commence à la fin des années 1970 correspond à un changement de référentiel qui se traduit par une nouvelle façon de penser l'hôpital prenant appui sur l'approche standard étendue, notamment la théorie des contrats et la théorie de l'agence. Cette transformation théorique incite les pouvoirs publics à expérimenter de nouveaux dispositifs de gestion promouvant la participation des médecins à la gestion des établissements. Dans les faits, cette approche de l'hôpital se heurte à son histoire et plus généralement à son compromis fondateur qui s'est construit au début du xixe siècle.

Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité.
RICROCH (Layla)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
En ligne
ETUDES ET RESULTATS (DREES), n°906, 2015/03
http://www.drees.sante.gouv.fr/urgences-hospitalieres-en-2013-des-organisations,11409.html
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE GI8DkR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les points d'accueil des urgences, répartis sur tout le territoire, sont majoritairement situés dans des établissements de santé publics. Leur organisation et leurs ressources sont variables : tous n'ont pas de poste d'accueil et d'orientation, d'assistance sociale, de psychiatre ou d'accès prioritaire à une imagerie par résonance magnétique (IRM). Cette organisation dépend du volume de passages, du statut de l'établissement et de sa spécialisation ou non en pédiatrie. Les points d'accueil dont les ressources en matériel ou en personnel sont les plus importantes reçoivent le plus de patients. Le personnel des urgences dans les établissements publics est plus nombreux que dans les établissements privés. A contrario, ces derniers disposent d'équipements plus nombreux ou de plus de personnels, en dehors du service des urgences, dédiés à l'affectation des patients, à l'obtention des lits et à la tenue d'un tableau de bord.

Restructurations hospitalières : quel bilan ?
HOLLUE (C.)
P69
MEDECINS : BULLETIN D'INFORMATION DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS , n°31, 2013/09-10
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/medecins31_1.pdf
Les restructurations hospitalières représentent un bouleversement pour les soignants et sont source d'enjeux politiques et économiques. Elles sont menées avec plus ou moins de réussite et de cohérence. Cet article effectue des regards croisés sur leurs raisons d'être et leurs effets.

Coopérations hospitalières. Entre incitation réglementaire et intérêt stratégique à agir.
LOUAZEL (Michel)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°523, 2013/02
In : Séminaire. Chaire management des établissements de santé EHESP-IDM. Coopération hospitalière. Articuler stratégie d'établissement/optimum global.
[BDSP. Notice produite par EHESP FmCmR0xo. Diffusion soumise à autorisation]. La nécessité de restructurer le secteur hospitalier n'est pas une idée nouvelle. Portée de manière encore plus affirmée depuis les ordonnances de 1996, elle vise à mieux répondre aux besoins de santé de la population, à réduire les inégalités d'accès aux soins, à garantir la qualité et la sécurité des soins et à maîtriser les dépenses. Dans le cadre de cette politique, la fusion a été un dispositif de régulation longtemps encouragée. Pour autant, ces opérations ont eu selon plusieurs observateurs, en particulier dans le secteur public, des résultats contrastés et l'on en vient à interroger l'efficacité de la méthode. Parallèlement, à l'occasion de chaque réforme hospitalière, le législateur semble vouloir s'appuyer également sur des dispositifs de coopération pour conduire sa politique. La loi HPST ne fait pas exception à la règle, au contraire. En créant de nouveaux outils juridiques, les communautés hospitalières de territoire (CHT) et les groupements de coopération sanitaire (GCS) "établissement de santé", en rationalisant les dispositifs existants, en prévoyant des incitations financières et en donnant de nouvelles compétences aux directeurs généraux des agences régionales (ARS) pour faire avancer certaines restructurations jugées nécessaires, la loi place la coopération au coeur des politiques publiques de santé.

Crises et tensions au sein de l'hôpital public : changer la donne ou donner le change ?
BREMONT (M.), MICK (S.S.), ROBERT (D.), et al.
P168
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE , n°38, 2013
Le monde hospitalier public est aujourd'hui, en France, entré dans une zone de grande turbulence. Cette mise en tension des établissements de santé publics se nourrit en grande partie des pressions réglementaires les engageant à accroître leur performance dans des registres d'expression variées mais également des difficultés à pouvoir mobiliser de véritables leviers pour réagir de façon adaptée et dynamique. Cet article explore les différentes tensions qui traversent l'hôpital en tentant de les éclairer dans leur dimensions paradoxales pour baliser quelques pistes sur ce que pourrait être un collectif entreprenant dans un univers régulé administrativement. Ce travail d'analyse des conditions de mise en mouvement de l'hôpital public débouche sur l'idée d'un rééquilibrage des champs de force entre ces trois domaines que sont la régulation administrée, la gestion des établissements et le développement professionnel (résumé de l'éditeur).

Le paradoxe de la boîte noire : réformes hospitalières et organisation.
MOISDON (J.C.)
A4387
DROIT ET SOCIETE, n°80, 2012/06
Depuis plusieurs décennies les établissements hospitaliers français sont soumis à un flux incessant de réformes. L'hôpital change-t-il pour autant ? A-t-il emprunté la voie d'une plus grande efficacité ? Le diagnostic est manifestement nuancé. L'auteur développe l'hypothèse qu'une des raisons de la stabilité de l'institution réside dans la philosophie même des réformes, qui permet au régulateur de ne pas se mêler d'une organisation jugée par lui très complexe. Cet article tente de répondre à l'ensemble de ces sujets.

COLDEFY (M.), LUCAS-GABRIELLI (V.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011.
Paris : Irdes
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES), 2012, n° 175 Pages : 1-8
En 2003, lors de l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (Sros 3), le territoire de santé devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins, se substituant à la carte sanitaire créée en 1970. Le territoire de santé est pensé comme un élément structurant de l'organisation des soins encadré par des objectifs quantifiés de l'offre de soins et un projet médical de territoire ; il est également un espace de concertation entre acteurs de santé à travers les conférences sanitaires de territoire. Dans ce nouveau contexte, les régions sont incitées à repenser le territoire et son découpage. D'abord centré sur l'hôpital avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), le territoire est ensuite élargi à des activités de santé publique et d'accompagnement médico-social dans le cadre de la loi Hôpital, santé et territoires (HPST) de 2009, avec les Agences régionales de santé (ARS). Comment les régions ont-elles fait évoluer ce maillage ? Un panorama de la territorialisation en santé de 2003 à 2011.
http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes175.pdf

ZARDET (V.), FIER (D.), SAVALL (H.), PETIT (R.)
Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital.
Gestion des organisations de santé.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2011
Vol : 29 Pages : 277-293

[BDSP. Notice produite par ORSRA DJR0xH9l. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article vise à analyser les difficultés de coopération interprofessionnelle à l'hôpital et leurs conséquences. La recherche, menée selon la méthode de recherche-intervention socio-économique et réalisée dans plusieurs établissements hospitaliers de différents pays, comporte une triple étude qualitative, quantitative et financière. Les résultats montrent tout d'abord que le fonctionnement de l'hôpital est un système complexe car plusieurs corps de métier y interagissent : médecins, soignants, administratifs, techniciens. La coopération de ces différentes populations de professionnels s'avère difficile au point de générer de nombreux dysfonctionnements et coûts cachés, sous la forme de pertes d'efficience et d'apparition de nombreux défauts de qualité de soins. Dans un second temps, l'article montre que la mise en place d'un management socio-économique, par l'apport d'outils et le renforcement du rôle de médecin chef de service, permet d'améliorer la qualité des soins, le management des équipes et l'efficience économique des activités hospitalières.

KRANKLADER (Elodie)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S). Paris. FRA
Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts.
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2012
N° 25 : Pages : 27p., graph., tabl.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 88FR0xnk. Diffusion soumise à autorisation]. Entre 2001 et 2009, le nombre de séjours enregistrés dans les établissements de France métropolitaine et des DOM a augmenté de 14,6 % malgré une diminution de 0,5 % des capacités d'accueil, du fait de la réduction de la durée moyenne de séjour et du développement de l'hospitalisation partielle, poussé par l'avancée des progrès techniques et des politiques incitatives volontaristes. La modernisation du parc d'équipements d'imagerie et l'augmentation des actes techniques sont manifestes : le nombre d'équipements en imagerie n'a cessé d'augmenter ces dernières années et les examens réalisés avec des équipements diagnostiques plus performants sont donc de plus en plus nombreux. Le nombre d'emplois de personnel médical et non médical s'inscrit également à la hausse, du fait notamment de la mise en place des 35 heures. On observe des disparités de ratios de personnels soignants entre établissements qui s'expliquent par la structure de l'activité et les caractéristiques de la patientèle.
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article25-2.pdf

DONIUS (B.)
Missions d'intérêt général. Le financement des activités de recherche en soutien de la dynamique hospitalo-universitaire des CHU et de leurs pôles d'activité.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2011
Vol : 29 : n°: 4 : Pages : 136-140
[BDSP. Notice produite par ORSRA EF7lR0xk. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article traite du nouveau modèle de financement des activités de recherche au sein des CHU qui a été mis en oeuvre depuis la réforme du financement des Établissements Publics de Santé. Puis, un point rapide est fait sur les interrogations qui ont été formulées et les réponses apportées sur les modalités de financement.

La loi HPST trente mois après : dossier.
CAHIERS HOSPITALIERS
2011/11
N° 283 : Pages : 45p.
La loi Hôpital Patients Santé et Territoires est le résultat d'un travail collectif considérable, embrassant de nombreux domaines. Trente mois après le vote de la loi, plusieurs facteurs

militent en faveur d'une reconnaissance du travail accompli, avec d'importantes réserves cependant qui tiennent aux difficultés constatées sur le terrain, et aux inévitables inégalités de traitement des établissements et des professionnels. L'objectif de cet article est de faire le bilan de la mise en application de la loi et d'en tirer les enseignements d'usage.

HPST deux ans après.
PERSPECTIVES SANITAIRES & SOCIALES
2011/08
Pages : 66p.
Ce fascicule rassemble les communications du 5ème rendez-vous parlementaire du secteur privé non lucratif, organisé par la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP). Il fait un bilan à deux ans de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires sous trois angles : amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement (amélioration de l'accessibilité géographique, financière et technique), régulation des missions de service public (coopération, performance…) et mise en place des Agences régionales de santé (ARS).

RENOU (P.)
Politique de santé 1945-2011 : solidarité maintenue et gestion étatisée - réflexions d'un pratiicien hospitalier.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2011/08
N°: 541
Pages : 54-64

MOSSE (P.), OIRY (E.)
De l'efficacité à l'effectivité. Vers un renouvellement de l'analyse des réformes du système français de soins ?
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2010/05-07
Vol : 28 N° : 3-4
Pages : 141-158, tabl., rés.
[BDSP. Notice produite par ORSRA EHR0xAG8. Diffusion soumise à autorisation]. La littérature considère globalement que les réformes du système français de soins ne produisent pas les effets attendus. Cet article montre que ce point de vue est basé sur une conception "rationalisatrice" de l'efficacité. Il propose de nuancer en remplaçant cette notion par celle de l'effectivité. Particulièrement attentive aux phénomènes émergents, cette notion permet de montrer que les réformes du système français de soins produisent des effets même s'ils sont longs à advenir et ne prennent pas toujours la forme attendue. Pour montrer concrètement ce que cette notion peut apporter à la réflexion, nous l'appliquons au cas d'une Référence Médicale Opposable (RMO). Nos résultats montrent que lorsqu'on analyse ses effets lors de sa mise en oeuvre en 1994, elle semble peu efficace. En revanche, si on évalue aujourd'hui le processus qu'elle a initié, elle apparaît comme plutôt effective. Ces résultats nous permettent finalement d'engager une discussion sur les notions d'objectif, d'évaluation et de management dans l'analyse des processus de changement.

COUTY (E.)
Hôpital public : le grand virage.
La privatisation de la santé.
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010
N : 28
Pages : 39-48
Les réformes qui font entrer l'hôpital dans le XXIe siècle (plan « Hôpital 2007 » et loi HPST) mettent en place une série de mesures d'inspiration libérale qui peuvent remettre en cause

le secteur public hospitalier en France. La convergence des tarifs publics et privés dans le système de financement à l'activité et les effets de marchandisation qu'elle entraîne, les contrats de partenariat public-privé (PPP) pour la réalisation d'investissements et l'exploitation de services hospitaliers, enfin la suppression du service public hospitalier et l'avènement d'une gouvernance pour un hôpital-entreprise sont autant de signaux d'une rupture avec les valeurs qui fondent les missions de l'hôpital public et donnent sens à l'action de ses personnels. Cette rupture s'accompagne d'un retour en force de l'État central, la politique contractuelle étant biaisée par l'institution d'une ligne hiérarchique pyramidale qui va jusqu'aux services de proximité. L'article s'efforce d'analyser ce processus simultané de « privatisation » et de « nationalisation » qui se met en place dans un contexte économique et financier dont la gravité exige effort de solidarité et rigueur de la part de tous les acteurs (Résumé de l'éditeur).

GREVIN (A.)
Le jeu avec les outils de gestion comme nouvelle compétence stratégique. Un établissement de santé face aux régulations du secteur sanitaire.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2010/12
Vol : 28 N° : 8
Pages : 329-345, rés.
[BDSP. Notice produite par ORSRA J8ClR0xm. Diffusion soumise à autorisation]. Les établissements de santé sont aujourd'hui confrontés à un véritable tournant gestionnaire, porteur de multitude d'outils de gestion. Dans quelle mesure ces politiques et instruments sont-ils compris, utilisés et appropriés par les acteurs ? Après un rapide aperçu théorique de la régulation sociale, nous analyserons, au travers du discours de la directrice d'un petit établissement de soins de suite, la manière dont elle s'est saisie des outils pour s'engager dans une véritable dynamique de "régulation conjointe" (Reynaud, 1988) avec les tutelles et les acteurs du secteur structurant son activité. Nous verrons comment le jeu avec les outils de gestion à des fins stratégiques peut ainsi devenir un des ressorts principaux de la compétence et de la performance des dirigeants de petits établissements.

MOUQUET (M.C.), OBERLIN (P.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030.
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2008
N° : 4
Pages : 119p., tabl., ann.
Le vieillissement de la population française entraînera-t-il une augmentation du recours aux soins et notamment à l'hôpital ? Doit-on craindre un blocage de l'ensemble du système hospitalier si des changements d'organisation et de pratiques n'intervenaient pas ? Afin d'évaluer l'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030, la DREES, à la demande de la DHOS, a réuni en 2007 un groupe d'experts des disciplines les plus concernées par la prise en charge des personnes âgées. Ce groupe a étudié trois scénarios d'évolution possibles. L'analyse rétrospective comme prospective montre qu'il existe des marges d'action importantes et que le vieillissement de la population ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière en MCO. Cependant, les patients âgés les plus fragiles nécessiteront toujours un recours à des structures hospitalières lourdes similaires à celles qui assurent les soins aigus aujourd'hui. Enfin, certaines questions demeurent comme par exemple la poursuite de la progression actuelle de l'espérance de vie en bonne santé. Le concept consensuel qu'il existe une limite à la durée de la vie modèrera naturellement l'intensification dans les soins aux plus âgés.
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/article200804.pdf

CORDIER (Marie)
Hôpitaux et cliniques en mouvement : changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2008/04
N° : 633
Pages : 8p., tabl., graph.
Les établissements de santé sont confrontés à des évolutions majeures à la fois dans la planification sanitaire, dans leur mode de financement et pour les hôpitaux publics, dans leur organisation interne. En 2007, 95% des établissements appartiennent à un réseau, partenariat ou structure de coopération. Les partenariats pour hospitalisation ou pour soins infirmiers à domicile ont doublé en quatre ans (60% en 2007 contre 30% en 2003). Ces quatre dernières années, 70% des établissements ont modifié la prise en charge des patients avec l'augmentation de l'activité ambulatoire et 80% ont développé les activités transversales telles que la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er633.pdf

SCHWEYER (F.X.)
La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'Etat ou territorialisation.
Politiques sociales et territoires.
Paris : Institut de Management Public
POLITIQUES ET MANAGEMENT PUBLIC
1998/09
Vol : 16 N° : 3
Pages : 43-68
Le système hospitalier a connu un développement sans précédent pendant deux décennies, de 1960 à 1980. Très tôt, les problèmes de la maîtrise des dépenses et de la coordination de l'offre hospitalière se sont posés. L'Etat a mis en place une administration déconcentrée et créé des outils pour tenter de réguler les hôpitaux publics, les cliniques privées étant, elles, sous le contrôle de la Sécurité sociale. Les réformes se sont succédé pour tenter de rendre effective une régulation qui semblait impossible. Ainsi, la création, en 1996, des agences régionales de l'hospitalisation est plus l'aboutissement d'un mouvement de mise en cohérence de l'action de l'Etat que l'avènement d'une territorialisation de la régulation hospitalière.

VINCENT (G.)
Pourquoi réformer l'hôpital public ?
Les réformes des systèmes de santé, ici et ailleurs.
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2011
N° : 30
Pages : 25-28
L'hôpital est une organisation qui a très fortement évolué depuis cinquante ans et n'a cessé de se transformer. De l'hôpital-hospice aux CHU (centres hospitaliers universitaires), il a connu de profonds changements, issus du mouvement d'humanisation qui a pris son essor au XIXe siècle, puis de modernisation à compter des Trente Glorieuses, jusqu'à l'hôpital contemporain (disparition des salles communes, arrivée des très hautes technologies, etc.). Peu d'administrations ou d'organisations se sont autant transformées sur la période considérée.

CAILLOL (M.), LE COZ (P.), AUBRY R.), BRECHAT (P.H.)
Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques.
SANTE PUBLIQUE
2010/11-12

Vol : 22 N° : 6
Pages : 625-636
Les réformes du système de santé et des hôpitaux ont induit des évolutions législatives, structurelles et organisationnelles importantes et continues. Existe-t-il des logiques à l'œuvre au sein du système de santé et des hôpitaux qui pourraient remettre en question le principe de solidarité, les valeurs séculaires de l'éthique qui régissent les textes de la déontologie et du droit ? Pour apporter des éléments de réponse à ces questions, nous avons confronté nos expériences avec une revue de la littérature professionnelle et scientifique de 1991 à 2010. Ces dix-neuf dernières années, l'organisation du système de santé a été soumise à des variations et des tensions importantes. Ces variations sont les témoins d'un changement de doctrine : si une étape de territorialisation du système de santé alliant choix des priorités de santé publique, concertation et démocratie participative a été mise en œuvre, le système a ensuite été orienté vers une affirmation du pouvoir central alliant économie, technicisation et contractualisation. Ce changement de doctrine est susceptible de remettre en cause la mission sociale des hôpitaux et le principe de solidarité. Le progrès, le vieillissement de la population, ainsi que les contraintes financières obligeraient les décideurs à orienter le système de santé vers plus de contrôle. Hôpitaux, professionnels de santé et usagers peuvent se sentir écartelés entre un système qui tendrait à simplifier et minimiser ce qui se complexifie et qui est global. Des repères sur les valeurs, l'éthique, la déontologie et le droit pour l'hôpital, les professionnels de santé et les usagers sont interrogés. Ces éléments sont importants à prendre en compte au moment où la Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et les agences régionales de santé sont mises en œuvre.

MADOIRE (Anne), PEAN (Stéphane), PATY (Artus), PRIGNEAU (Fabrice)
Du rapport Larcher à la loi HPST. La réforme de la gouvernance ?
GESTIONS HOSPITALIERES
2010/01
N° : 492
Pages : 9-15
La commission Larcher, chargée de "réfléchir aux changements nécessaires pour que notre système de santé réponde avec qualité et égalité aux besoins de nos concitoyens" a rendu son rapport en avril 2008. C'est sur cette base qu'un projet de loi a été adopté le 23 juin par l'Assemblée nationale, le 24 juin par le Sénat. Signée le 21 juillet 2009, la loi portant réforme de l'hôpital et relative à la santé, aux patients et aux territoires (HPST) est publiée le lendemain au Journal officiel. Le gouvernement est-il resté fidèle aux propositions de la commission Larcher ? Les amendements apportés par le Parlement ont-ils dénaturé le projet gouvernemental originel ? Peut-on finalement parler de réforme de la gouvernance hospitalière et quelle serait la nature de cette réforme ? Les auteurs mettent en rapport, pour chacun des acteurs de la gouvernance interne de l'hôpital, ce que préconisait le rapport Larcher, ce que le projet de loi déposé par le gouvernement proposait et ce que la loi HPST a retenu.

GARCIA-VIANA (Audrey), RIPERT-TEILHARD (Bastien), SEVERAC (Florent)
Quelle organisation médicale pour l'hôpital ?
Pôles, gouvernance et stratégie territoriale.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2009/11-12
N° : 531
Pages : 36-38
La structuration en services médicaux autonomes a su accompagner le développement de l'hôpital moderne. Elle a aussi montré ses limites. La loi "Hôpital, patients, santé, territoires" du 21 juillet 2009 renforce l'organisation en pôles d'activité établie par l'ordonnance du 2 mai 2005 et revient sur le modèle d'un hôpital organisé en services.

TANGUY (Hervé)
La valse de la recomposition hospitalière.
GESTIONS HOSPITALIERES
2009/10
N° : 489
Pages : 469-470
Depuis février 2009, une présentation de la réforme Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) à Paris et en régions a conduit les auteurs à rencontrer plus de deux cent cinquante directeurs d'établissements et présidents de commission médicale d'établissement (CME). Pour eux, une acculturation au niveau dispositif dans son ensemble et à celui, évolutif, de la communauté hospitalière de territoire (CHT) en particulier. Pour les auteurs, les réactions des acteurs hospitaliers et des constats tout au long de la procédure parlementaire, riches d'enseignements. En tout cas, trois temps de valse de la recomposition hospitalière.

TABUTEAU (D.)
Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) : des interrogations pour demain !
SANTE PUBLIQUE
2010
Vol : 22 N° : 1
Pages : 79-90
L'année 2009 restera marquée par l'adoption d'un texte emblématique et ambitieux : la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST. L'auteur examine tout d'abord, dans un exercice de prospective, deux scénarios extrêmes d'application de la loi : le scénario de la renaissance et celui de la dérive. Puis il répond à trois questions afin d'éclairer les enjeux de la réforme : - la région est-elle appelée à rester un cadre d'action sanitaire ou peut-elle devenir un cadre de décision ? - la région sera-t-elle le territoire d'expérimentation d'un nouveau modèle pour le système de santé ou apparaîtra-t-elle comme la plaque tournante de la confusion des secteurs ? - La région sera-t-elle un tremplin pour la technocratie sanitaire ou le creuset de la démocratie sanitaire ?

EVIN (Claude)
Communautés hospitalières de territoire et groupements de coopération sanitaires : après la loi HPST.
CHT et coopérations. Dossier.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2009/09-10
N° : 530
Pages : 12-19
La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires crée un outil nouveau de coopération entre établissements publics de santé : la communauté hospitalière de territoire (CHT). Elle clarifie également le régime juridique des groupements de coopération sanitaire (GCS), groupements créés par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Cet article fait un point sur le fonctionnement de ces deux outils : objet et champ de compétence, modalités de création, contenu de la convention, crédits d'aide à la création.

TABUTEAU (D.)
Crises et réformes.
Les crises de la santé.
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2009
N° : 22 Pages : 19-40
Crises récurrentes et réformes incessantes, le secteur de la santé est soumis depuis une trentaine d'années à un maelström permanent. Drames et alertes de sécurité sanitaire,

conflits sociaux à l'hôpital et en médecine de ville, déficits de l'assutance maladie... Des évènements viennent régulièrement déstabiliser le système de santé, mettre en lumière ses carences et souligner ses insuffisances. Ces bouleversements servent souvent de levier pour d'indispensables mutations du système de santé et provoquent parfois de véritables transformations dans son organisation et son fonctionnement. Pourtant les relations entre les crises et les réformes sont ambigües. Placées sous le signe de l'urgence, elles témoignent d'une certaine immaturité politique en matière de santé et recèlent le risque d'une instrumentalisation de la crise (résumé de l'auteur).

SUAREZ (C.)
Quelle organisation sanitaire alternative pour le système sanitaire français ?
REVUE DE L'IRES (LA)
2008/4
N° : 59
Pages : 41-74
Les éléments d'organisation alternative exposés ici reposent sur un principe stratégique fondamental : la responsabilisation privilégiée des instances politiques dans la mise en œuvre d'une politique de santé publique. Il nous paraît en effet essentiel de re-politiser (au sens noble du terme) les enjeux stratégiques d'une politique de santé et de clairement distinguer ce qui est de l'ordre de l'expertise technique de ce qui est de l'ordre du choix politique : quelle stratégie de la santé, quels objectifs, quels moyens, quels résultats escomptés ? Voici donc quelques propositions structurelles à débattre.
http://www.ires-fr.org/IMG/File/R59-2.pdf

DOMIN (Jean-Paul)
Hôpital, patients, santé, territoires. Cinquante ans de politique hospitalière.
GESTIONS HOSPITALIERES
2008/12
N° : 481
Pages : 698-702
Le 11 décembre 1958, Bernard Chenot, ministre de la Santé, signe une ordonnance qui va profondément transformer la politique hospitalière, notamment en faisant du ministère l'autorité suprême. Cinquante ans plus tard, dans son projet de loi déposé le 22 octobre 2008, Roselyne Bachelot-Narquin confirme la prise de pouvoir d'une autorité exécutive élargie (le directoire) et s'inscrit dans la perspective de l'ordonnance de 2 mai 2005 en favorisant une nouvelle gouvernance hospitalière censée rapprocher personnels médicaux et administratifs. Mais le changement n'est peut-être pas aussi profond qu'il en a l'air.

LOISANCE (D.)
Académie Nationale de Médecine. Paris. FRA
Contribution de l'Académie nationale de médecine à la réflexion sur la réforme de l'hôpital.
BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE
2008
Vol : 192 N° : 6
Pages : 1277-1285
Ce texte offre les réflexions de l'Académie de médecine sur la réforme de l'hôpital. Il insiste sur certains points : amélioration de la coordination des diverses structures médico-sociales à l'échelon régional avec un rôle essentiel donné aux CHU; maintien des services hospitaliers; organisation en pôles; gouvernance de l'hôpital, maintien du statut de praticien hospitalier professeur des Universités; prise en compte dans les promotions des activités d'enseignement et de recherche.

CORDIER (Marie)

Hôpitaux et cliniques en mouvement : changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2008/04
N° : 633
Pages : 8p., tabl., graph.
Cote Irdes : P83
Les établissements de santé sont confrontés à des évolutions majeures à la fois dans la planification sanitaire, dans leur mode de financement et pour les hôpitaux publics, dans leur organisation interne. En 2007, 95% des établissements appartiennent à un réseau, partenariat ou structure de coopération. Les partenariats pour hospitalisation ou pour soins infirmiers à domicile ont doublé en quatre ans (60% en 2007 contre 30% en 2003). Ces quatre dernières années, 70% des établissements ont modifié la prise en charge des patients avec l'augmentation de l'activité ambulatoire et 80% ont développé les activités transversales telles que la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er633.pdf

LERNOUT (Tiffany), LEBRUN (Louis), BRECHAT (Pierre-Henri)
Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives.
SANTE PUBLIQUE
2007/11-12
Vol : 19 N° : 6
Pages : 499-512, tabl.
En 15 ans, trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ont été mis en place en France par le ministère en charge de la santé. Un bilan et des propositions peuvent être faits au moment où plusieurs autres réformes sont mises en oeuvre. La stratégie de recherche s'est appuyée sur le croisement de données issues d'entretiens semi-directifs, de textes législatifs et de documents concernant la construction, la mise en oeuvre et le suivi des schémas. Cette étude montre que, de 1991 à 2006, le SROS est devenu le pivot de la planification sanitaire en France. Ainsi, il a su progressivement fédérer institutions, professionnels et acteurs pour arriver à des projets médicaux de territoire mettant en adéquation l'offre et les besoins de santé de la population. Une analyse au regard d'un référentiel international et des perspectives d'avenir sont proposées.

HOLCMAN (R.)
L'avenir de l'hôpital public français compromis ?
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2006/11-12
Vol : 24 N° : 7-8
Pages : 415-425, rés., tabl.
Les nombreuses réformes qui affectent le fonctionnement des hôpitaux publics en France accroissent les contraintes de gestion, mettent les équipes de direction sous contrôle, et s'appliquent à associer les professionnels de soins à la gestion de leurs unités. Le panorama qui se dégage de ces réformes est celui d'un hôpital correctement financé, mal géré, handicapé par les dysfonctionnements propres aux bureaucraties professionnelles. Or ces réformes sont fondées sur un diagnostic erroné : l'hôpital français souffre en réalité d'une masse salariale trop fortement constituée de personnels techniques, de missions non financées, d'une opposition entre légitimité du savoir et légitimité de l'intérêt général, et d'une inflation d'organes dirigeants insuffisamment représentatifs. La solution passe par l'entrée des médecins dans les équipes de direction, ce qui assurerait la diffusion de légitimité bureaucratique dans les unités de soins. (Résumé d'auteur).

SCHWEYER (François-Xavier)
L'hôpital, une transformation sous contrainte : hôpital et hospitaliers dans la revue.

Quand le social passe en revue.
REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES
2006/10-12
Vol : N° : 4
Pages : 203-223
L'hôpital n'apparaît dans la revue qu'à partir du moment où il devient un enjeu gestionnaire. Dans les années 1970-1980, les publications sont régulières mais peu nombreuses. Trois thèmes se dégagent : la modernisation des établissements, la maîtrise des coûts et les réformes hospitalières. A partir de 1990, l'hôpital devient un thème régulier de la revue et les thèmes se diversifient avec l'essor des politiques de santé publique et la transformation de la régulation hospitalière. L'hôpital dont il est question, c'est l'hôpital tel qu'il est transformé par l'action publique. Ce qui explique que les dimensions économiques, organisationnelles et politiques dominent, alors que professions de santé, travail hospitalier et patients usagers sont des thèmes beaucoup moins présents.

LEVEL (Bettyna), JALLU (Jean-Louis)
Quelle organisation hospitalière dans le nouveau territoire de référence ?
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2006/05-06
Vol : N° : 510
Pages : 20-21
Jusque-là organisée en huit secteurs sanitaires, la région Picardie est aujourd'hui structurée en quatre territoires de santé pour des bassins de population compris entre 400 000 et 500 000 habitants. Cette échelle géographique devrait offrir une graduation et une coordination optimales des soins, tout en améliorant l'attractivité. Le passage du secteur sanitaire (250 000 habitants, sept établissements privés et publics) vers le territoire Nord-est Picardie (plus de 400 000 habitants, 17 établissements publics et privés), n'a pas été vécu comme un changement structurel, mais comme la concrétisation officielle des relations antérieures entre les établissements concernés. La constitution, le 27 mars dernier, de la nouvelle conférence sanitaire de territoire, a permis de soutenir les concertations et de fédérer les projets.

CAUSSE (David), BARRETEAU (Andrée)
Urgences et territoires. Comment penser le nouveau paysage hospitalier ?
Territoires de santé.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2006/05-06
Vol : N° : 510
Pages : 35-39
Avec 14 millions de passages annuels dont 12 assurés par les établissements publics, les urgences sont la première image qui vient à l'esprit de nos concitoyens, lorsqu'ils sont interrogés sur le service public hospitalier. Les urgences représentent également avec les maternités, le premier sujet de dilemme entre les exigences conjuguées de proximité des soins et de sécurité. Pour ces raisons, la conjonction de la parution des SROS III, établissant les nouveaux territoires de santé du 31 mars 2006, et la publication des décrets récemment parus sur les urgences datés du 22 mai 2006 méritent une réflexion d'ensemble, au titre de la redéfinition en filigrane du nouveau paysage hospitalier des dix prochaines années : notre approche se situe donc à l'horizon des SROS IV.
MARIN (Philippe)
SROS et projets médicaux de territoires.

KERLEAU (M.), LE VAILLANT (M.), OR (Z.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Caractéristiques régionales et structure de l'activité de court séjour : impact sur les coûts hospitaliers par modélisation multi-niveaux.
Etudes diverses.
Paris : La Documentation française
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE
2005/04-06
N° : 2
Pages : 35-47, 4 tabl.
L'objectif de cette étude est d'examiner le rôle de la structure des activités médicales dans la variabilité des coûts des hôpitaux et cliniques lorsque l'on prend en compte non seulement les caractéristiques des établissements, mais aussi les effets régionaux.
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200502.pdf

ALLUARD (Olliver), COLDEFY (Magali)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Atlas régional de psychiatrie générale : disparités de l'offre et des territoires d'intervention.
SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL – DREES : 2005/02 : N° 75 : 158p.
http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/seriestat75.htm
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE jyBSkR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le présent atlas propose une photographie par région de l'offre de soins en psychiatrie générale publique et privée, hospitalière et de ville et présente pour la première fois le découpage des secteurs de psychiatrie. Cette offre est mise en regard des structures et établissements où la psychiatrie générale est amenée à intervenir : les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements pour adultes handicapés, les services de soins de suite et de réadaptation, les services d'urgence et les établissements pénitentiaires. La pluralité et la quantité de structures sociales et médico-sociales implantées sur le territoire vont avoir des répercussions sur les missions attachées à l'équipe de psychiatrie, tout comme les caractéristiques de la population couverte. Quatre cartes sont présentées par région, décrivant les caractéristiques rurales ou urbaines du territoire, la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans, la part de chômeurs dans la population active, ainsi que la proportion de familles monoparentales. L'objet de cet atlas est de présenter quelques éléments d'environnement dans lequel s'exerce la psychiatrie générale. Il va également dans le sens d'un décloisonnement entre la psychiatrie et les disciplines somatiques, entre ville et hôpital, entre sanitaire et médico-social.

VALETTE (A.)
Fallait-il une nouvelle organisation pour changer les modes de régulation ? L'expérience des agences régionale de l'hospitalisation.
L'administration sanitaire et sociale
REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES
2001/10/12
N° : 4
Pages : 69-75, 3 ann.
Après quatre années d'activité des ARH, la question de leur apport aux pratiques de régulation au niveau régional est posée. Le régulateur régional, en effet, a pour mission d'accompagner et de stimuler le changement. Il doit à la fois faire évoluer les positions relatives des établissements sur l'offre de soins régionale, redistribuer des ressources entre ces établissements et plus largement modifier les processus de régulation. Dans ce contexte difficile fait d'incertitudes et de réticences, trois modes de pilotages peuvent être développés : pilotage par délégation, par interaction, par leadership. Ils ont été tous les trois observés au cours de l'étude et sont mobilisés de manière combinée à des doses variables selon les régions. La question se pose cependant du devenir de ces modes de pilotage à moyen terme (Résumé d'auteur).

MANZI (I.), MISCHLICH (D.), HOUSSIN (D.), VUILLAUME (F.), COLL (J.P.), FAUGERE (S.), JAGLIN (C.), CIRRE (P.), CRETIN (C.), HAURY (B.), BONNAFOUS (E.), HOPPE (G.), CHARRE (J.), BLEMONT (P.), VERRIER (B.), BOIS-GUILLOU (C.), DE LA CHAPELLE (B.), et al.
L'hôpital : la modernisation du système de soins.
ECHANGES SANTE - SOCIAL
2000/12
N° : 100
Pages : 81p., tabl., graph.
[BDSP. Notice produite par ENSP MD5DmR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Sommaire - 1) Démocratie sanitaire : des droits nouveaux pour les usagers : droits des usagers - prélèvement et greffe : l'éthique à l'hôpital développement des activités culturelles dans les établissements de santé - l'hôpital et la cité (aspects architecturaux et environnementaux). 2) Qualité et sécurité dans l'organisation des soins : le développement de nouvelles stratégies de soutien au progrès médical - qualité et sécurité, accréditation - le passage à l'an 2000 et la maîtrise des risques à l'hôpital - les schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération - les contrats d'objectifs et de moyens - l'hospitalisation à domicile - les alternatives à l'hospitalisation : la chirurgie ambulatoire - le dispositif spécialisé de soins en santé mentale - la prise en charge hospitalière des personnes âgées - prise en charge sanitaire des détenus. 3) Les acteurs hospitaliers et le dialogue social : la démographie médicale des praticiens - un monde pluriel pour une nouvelle donne : praticiens hospitaliers - les personnels de la fonction publique hospitalière - démographie, formation : les quotas d'entrée en Instituts de formation en soins infirmiers. 4) La modernisation du financement : vers l'application d'une tarification à la pathologie 5) Nouvelles technologies : le développement des technologies de l'information dans les établissements de santé - PMSI : évolution Le projet "Parhtage" et l'infocentre "Andréas". 6) International, hôpital, outil de coopération.

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.). Sous-direction de l'organisation du système de soins. Paris. FRA
Genèse des schémas régionaux d'organisation sanitaire de 2e génération.
SROS 1999-2004 bilan d'étape.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2001/11-12
N° : 483
Pages : 4-6
Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de 2e génération ont tous été adoptés par arrêtés des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation entre juin 1999 et janvier 2000. Aujourd'hui, certaines régions complètent ces mêmes SROS sur des thématiques qui n'avaient pu être abordées d'emblée faute de temps. Ceci atteste tant de l'intérêt reconnu par les acteurs eux-mêmes envers les SROS que de la dynamique engagée.

SCHWEYER (F.X.)
La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'Etat ou territorialisation.
Politiques sociales et territoires.
Paris : Institut de Management Public
POLITIQUES ET MANAGEMENT PUBLIC
1998/09
Vol : 16 N° : 3
Pages : 43-68
Le système hospitalier a connu un développement sans précédent pendant deux décennies, de 1960 à 1980. Très tôt, les problèmes de la maîtrise des dépenses et de la coordination de l'offre hospitalière se sont posés. L'Etat a mis en place une administration déconcentrée et

créé des outils pour tenter de réguler les hôpitaux publics, les cliniques privées étant, elles, sous le contrôle de la Sécurité sociale. Les réformes se sont succédé pour tenter de rendre effective une régulation qui semblait impossible. Ainsi, la création, en 1996, des agences régionales de l'hospitalisation est plus l'aboutissement d'un mouvement de mise en cohérence de l'action de l'Etat que l'avènement d'une territorialisation de la régulation hospitalière.

ARTICLE
Les enjeux de la recomposition de l'offre de soins. Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier.
GESTIONS HOSPITALIERES
1999/12
Vol : N° : 391
Pages : 767-773
[BDSP. Notice produite par ENSP ScvdvR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La recomposition de l'offre de soins, légitime et nécessaire, doit retrouver sa cohérence, placer le malade au coeur du dispositif et utiliser au mieux les ressources en mettant les moyens disponibles au service d'objectifs de santé clairement identifiés. La conférence des directeurs de centre hospitalier, consciente du caractère inéluctable et impérieux de ces révolutions, entend participer activement à cette réforme et apporte sa contribution sous la forme d'un programme en 40 propositions.

Haut Comité de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Vanves. FRA
Les nouveaux outils de planification sanitaire : dossier.
ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
1995/06
N° : 11
Pages : 40p.
La planification de la santé connaît de multiples définitions, variables selon les acteurs qui y sont impliqués. Ce dossier a pris parti de présenter deux usages de la notion de "planification" en France : celui qui vise l'atteinte d'objectifs du système de soins hospitaliers. La première partie définit le processus de planification - programmation de la santé et décrit son adaptation à la réorganisation de l'offre de soins hospitaliers qui a constitué l'effort principal de l'Etat en matière de planification sanitaire. La deuxième partie fait un bilan des SROS réalisés dans différentes régions et propose une analyse en terme de régulation du système de soins. Le dossiers se termine sur les projets régionaux de santé qui fournit une approche renorée de la programmation régionale à partir d'objectifs de santé compatibles avec l'organisation actuelle du système de soins.

IMBAULT-HUART (M.-J.)
Hôpital : la réforme inévitable
DEBAT (LE)
1994/03-04
Vol : N° : 79
Pages : 154-182
Historique des missions assignées à l'hôpital et des réformes de structures l'affectant depuis 1945 pour mieux comprendre la situation actuelle des services hospitaliers. Les Trente Glorieuses ont permis une explosion des effectifs et la mise en place de plateaux techniques importants. Mais dès 1977, la crise économique enraye ce qui est devenu une entreprise : des problèmes de budget, de démoralisation du personnel, de gestion des urgences émergent alors.

COUTY (E.), QUILLOT (R.), HUIRIET (Cl.) et al.
La réforme hospitalière deux ans après
GESTIONS HOSPITALIERES

1993/05
N° : 326

FASCICULE
MINISTERE DE LA SOLIDARITE - DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE
Réforme hospitalière : dossier
ECHANGES SANTE
1992/12
N° : 68:
Pages : 3-75

Les ressources financières : comptabilité, gestion, tarification

Ouvrages, rapports, working papers

Estimation des coûts pour le système de soins français de cinq maladies respiratoires et des hospitalisations attribuables à la pollution de l'air.
RAFENBERG (C.)
Ministère de l'Ecologie - du Développement Durable et de l'Energie (M.E.D.D.E.). Commissariat général au développement durable (C.G.D.D.). Service de l'économie,de l'évaluation et de l'Intégration du développement durable (S.E.E.I.D.D.). Paris. FRA
En ligne
Paris : Ministère chargé de l'Ecologie, 2015/04
http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/ED122.pdf
La mauvaise qualité de l'air entraîne une augmentation des maladies du système respiratoire. Les principales d'entre elles sont l'asthme, les bronchites aiguës ou chroniques, les cancers des voies respiratoires et les broncho-pneumopathies obstructives chroniques (ou BPCO). La qualité de l'air impacte aussi le système cardio-vasculaire. Ces impacts sont source d'une surmorbidité et d'une surmortalité. Cette étude a pour objet d'approcher au plus près les coûts dans le système de soin français des hospitalisations et des cinq maladies respiratoires les plus répandues attribuables à la pollution de l'air. Les coûts des maladies attribuables à la pollution de l'air sont générés par la prise en charge du patient par le système de soin. On trouve parmi eux des coûts de consultations, de traitements, d'examens ou encore d'hospitalisation, etc. L'étude approche les coûts des prestations sociales versées aux malades en considérant les arrêts de travail. Elle prend donc en compte les prestations médicales et sociales du malade dans le système de soin.

Rapport de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée d'octobre 2014.
Ministère chargé de la Santé. Direction Générale de l'Offre des Soins. (D.G.O.S.). Observatoire Economique de l'Hospitalisation Publique et Privée. (O.E.H.P.P.). Paris. FRA
En ligne
Paris : OEHPP, 2015/01
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/observatoire_economique_hospitalisation_privee_-_rapport_octobre_2014.pdf
Conformément à ses attributions, l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée a analysé les données d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes aux établissements de santé sur la période des six premiers mois 2014 qui ont été produites par l'ATIH et la CNAMTS. Les résultats présentés au sein de ce rapport sont issus de traitements statistiques basés sur les données recueillies notamment dans le cadre du PMSI

et du SNIIRAM. Ces données ne portent que sur le seul champ régulé des établissements de santé. L'un des faits marquants de ces six premiers mois réside dans la poursuite du fort dynamisme des dépenses du poste « médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) » facturés en sus des tarifs de prestation d'hospitalisation. Les six premiers mois de l'année 2014 sont marqués par la poursuite du dynamisme des dépenses de la liste en sus et notamment pour le secteur MCO ex-DG (+ 7,6 %) mais également pour l'OQN SSR et l'OQN PSY.

Rapport d'information sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités.
VANLERENBERGHE (J.M.)
Sénat. Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Paris. FRA
En ligne
, 2015/01
http://www.senat.fr/rap/r14-243/r14-2431.pdf
La commission des affaires sociales du Sénat a demandé à la Cour des comptes en décembre 2012 d'enquêter sur la situation des maternités en France. A la suite d'une réorganisation profonde de l'offre de soins, le nombre de maternités a diminué de 20 % entre 2002 et 2012, sous l'effet notamment de nouvelles normes définies pour améliorer la sécurité des naissances. Cette recomposition, sans équivalent en matière sanitaire, n'a pas dégradé la couverture du territoire, malgré des difficultés dans certaines zones rurales. La France continue pourtant de connaître des résultats médiocres en matière de périnatalité. Elle occupe ainsi le 17e rang européen pour la mortalité néonatale. En outre, la durée moyenne de séjour demeure sensiblement plus élevée que chez la plupart de ses voisins, et le taux d'occupation des lits reste inférieur à 60 % dans un tiers des maternités, ce qui contribue aux difficultés financières des établissements. La fragilité de la démographie médicale entraîne par ailleurs des problèmes de sécurité parfois aigus dans les zones géographiques ou les établissements, les moins attractifs ou les plus isolés. Ces difficultés sont atténuées par la présence de médecins diplômés à l'étranger ou par la contribution des sages-femmes, mais sont porteuses de risques en termes de qualité des soins, en particulier dans les plus petites structures où les normes de fonctionnement ne sont pas toujours respectées. La Cour considère que la cohérence et la sécurité des prises en charge doit être assurée avec plus de rigueur. Le suivi des populations précaires doit être renforcé. La situation en outre-mer doit également faire l'objet d'une attention vigilante. La fragilisation des maternités rend inévitable et nécessaire une nouvelle phase de réorganisation, qui doit être anticipée et activement pilotée par les pouvoirs publics afin de mettre en place une offre de soins pérenne, ajustée aux besoins et efficiente, mais aussi pour améliorer les indicateurs de périnatalité. La Cour formule neuf recommandations pour améliorer la sécurité et les indicateurs de périnatalité (résumé auteur).

Rapport 2014 au Parlement relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé.
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Direction Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.). Paris. FRA
c, en ligne
Paris : DGOS, 2014/11
http://www.martaa.fr/files/00/00/48/00004851-95f576c25e8cd6815ef51209aded195e/rapportauparlementart41lfss14.pdf
Comme chaque année, ce rapport est l'occasion de faire le bilan des actions engagées en 2014 en matière de financement des établissements, et de dresser les perspectives pour 2015 en matière de réforme tarifaire. Le sommaire du rapport est très clair et présente les 5 axes d'analyse du rapport : I. Juguler les risques inflationnistes du financement à l'activité, dés-inciter l'augmentation non pertinente des volumes et améliorer l'équité de l'allocation des ressources ; II. Déjouer les effets indésirables du financement à l'activité sur le maillage territorial de l'offre de soins et mettre en place les dispositifs à l'appui du Pacte territoire santé ; III. Lier la qualité des soins et la sécurité des patients avec le financement des activité

; IV. Lutter contre les inadéquations et les soins non pertinents et accélérer la modernisation des modalités de prise en charge et des organisations hospitalières ; V. Promouvoir les modalités de coordination, de coopération et d'intégration des acteurs associées à une médecine de parcours dépassant la T2A et les clivages induits par les dispositifs de financement.

Analyse de l'activité hospitalière 2013. Deux tomes : l'essentiel. Données chiffrées.
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Lyon. FRA
En ligne
Paris : ATIH, 2014/10
http://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2013
Le recueil de l'information des établissements de santé, coeur de métier de l'ATIH, donne lieu à différentes formes de restitution comme cette analyse de l'activité hospitalière. Réalisée chaque année, elle vise à éclairer les acteurs de santé en offrant une vision globale des financements des établissements et de leur activité comparée à celle des années précédentes. En préambule, l'étude commence par le suivi des financements par l'assurance maladie de 2013 des établissements de santé, d'un montant d'environ 74 milliards d'euros annuels. Au-delà des dépenses, l'intérêt est de définir la nature des activités et sa traduction en profils de patients, pathologies, modes prise en charge, niveau de sévérité... Les activités sont détaillées par champ hospitalier : court-séjour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et réadaptation (SSR) et psychiatrie. Le rapport propose une photographie de l'activité des établissements de santé en 2013 et la compare avec celle des années passées. Ainsi, les tendances confirment notamment le développement de la chirurgie ambulatoire, le dynamisme des établissements spécialisés en HAD et en SSR. La forme du rapport a évolué et se compose :- d'un premier tome « L'essentiel » restituant les résultats principaux et non plus d'une fiche systématique par agrégat d'activité - d'un deuxième tome « Données chiffrées » qui présente un ensemble de fiches sur les différents champs (MCO, HAD, SSR et Psychiatrie) (résumé de l'éditeur).

La dette des établissements publics de santé.
Cour des Comptes. Paris. FRA
En ligne
Paris : Cour des Comptes, 2014/04
http://www.ccomptes.fr/index.php/Publications/Publications/La-dette-des-etablissements-publics-de-sante
La Cour des comptes rend public, vendredi 11 avril 2014, un rapport sur la dette des établissements publics de santé (EPS) commandé par la commission des affaires sociales et la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières. En dépit d'un ralentissement récent, la dette à moyen et long terme des EPS a triplé en dix ans, pour atteindre 29,3 Md€ fin 2012, soit 1,4 % du PIB.

Les campagnes de contrôles T2A. Bilan de 2008 à 2012 : consolidation au 31 mars 2014.
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA
En ligne
Paris : Cnamts, 2014/03
http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2014/04/2014-mars-bilan-campagnes-t2a-2008-2012.pdf
Ce document réalisé par la Cnamts présente le bilan des campagnes de contrôles T2A de 2008 à 2012. La Cnamts fait état d'une diminution de moitié du nombre d'établissements contrôlés en 5 ans. D'un indu moyen qui évolue entre 100 000 et 115 000 euros depuis cinq campagnes. Et, d'une part du montant des sanctions notifiées par les ARS qui a diminué de

près de 40 points de 2007 à 2010. Les priorités régionales représentent 13 % des séjours contrôlés.

Evaluation de la T2A.
DESCHAMPS (M.), DESJARDINS (N.), FINKEL (S.), GARRIGUES (B.), GAUBERT (Y.), LE BAYON (G.), MOISDON (J.C.), NISAND (G.)
Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.), Comité d'évaluation de la T2A. Paris. FRA
En ligne
Paris : FHF, 2013/06
http://fichiers.fhf.fr/documents/Rapport-finances-04juin.pdf
La Fédération hospitalière de France vient de remettre un rapport sur son évaluation de la T2A (tarification à l'activité) à l'hôpital. Ce rapport est le fruit des travaux d'un comité d'évaluation de la T2A placé sous la présidence du professeur Jean-Yves Fagon (HEGP). L'analyse met en évidence sur la période (cinq ans) la croissance d'activité, notamment de la chirurgie (chirurgie + 4%) de l'hôpital public. De ce fait, on a assisté à une croissance de la part de marché de l'hospitalisation publique par rapport à celle des autres acteurs. Notons que désormais la chirurgie se fait majoritairement à l'hôpital public (54%). Si le volume de l'activité a augmenté, la hausse de la masse salariale s'est poursuivie. Pour autant, parmi les critiques, la Fédération de l'hospitalisation publique met en avant les difficultés des hôpitaux à financer les investissements au travers de la T2A. Elle note aussi qu'il n'y a pas assez d'incitations financières au développement de l'ambulatoire.

La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2012 et en 2013.
YILMAZ (E.)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
C, En ligne
Paris : Ministère chargé de la Santé, 2014/09
In : Les Comptes nationaux de la santé 2013.
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2013.pdf
Le rapport sur les comptes de la santé 2013 comporte un chapitre sur la situation économique et financière des hôpitaux publics en 2012 et en 2013. Selon les comptes provisoires transmis à la Direction générale des finances publiques (DGFiP), les résultats relatifs à l'année 2013 indiquent une légère dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics. Après une année d'excédents de 90 millions d'euros en 2012, les hôpitaux publics enregistreraient un déficit de leur résultat net de près de 100 millions d'euros en 2013 représentant environ 0,2 % des produits, proche de l'équilibre budgétaire. Ce niveau du déficit est en effet bien moindre que ceux constatés entre 2006 et 2011. Même si le déficit concerne davantage d'établissements, celui-ci reste concentré sur quelques uns (près de 40 établissements cumulent à eux seuls 50 % du déficit.

Coût des soins hospitaliers : effet de la concurrence par la qualité.
MILCENT (C.)
Paris School of Economics (P.S.E.). Paris. FRA
C, en ligne
Paris : Paris School of economics, 2014/06
http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/01/01/03/27/PDF/wp201421.pdf
Ce papier vise à étudier l'hétérogénéité des coûts hospitaliers pour des séjours comparables en pathologie et en procédures (Groupe homogène de séjours _ GHS). A l'époque du budget global, une forte hétérogénéité des coûts était observée entre les hôpitaux publics français. Qu'en est-il aujourd'hui ? La tarification à l'activité (T2A) mise en place entre 2004 et 2008, a introduit la concurrence des établissements hospitaliers français qu'ils soient publics, privés, à but non lucratif ou à but lucratif. Avec la T2A, les établissements sont désormais payés au forfait par séjour. Théoriquement, un mode de tarification par forfait devrait conduire les établissements à minimiser leur coût afin de gagner la différence entre le

forfait et le coût. La mise en concurrence des établissements devrait accélérer ce mécanisme de minimisation des coûts. Nous montrons que si les changements majeurs dans les modes de régulation ont en effet conduit à une certaine homogénéisation des coûts et une réelle prise en compte de l'hétérogénéité des individus, les forfaits par GHM ne capturent cependant pas toute l'hétérogénéité entre les établissements ni l'ensemble du case-mix des patients (résumé d'auteur).

Chiffres clés 2013 de l'hospitalisation.
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Lyon. FRAEn ligne
Paris : ATIH, 2014/10
<http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles2013.pdf _ http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/methodo_chiffres_cles_2013.pdf>
A partir des données collectées dans le PMSI, l'ATIH publie les chiffres clés annuels de l'hospitalisation. Grâce à des indicateurs synthétiques, ces chiffres clés fournissent une mesure, en nombre de patients, de la fréquentation de l'hôpital. Cette information est disponible globalement et selon les différentes activités couvertes par l'hôpital. Quelques exemples de prises en charge sont détaillés. Un document méthodologique est fourni en annexes.

La facturation des soins hospitaliers.
WERY (O.)
A4547
Paris : Editions Infodium, 2014
http://www.infodium.fr/2-editions/9-la-facturation-des-soins-hospitaliers.html
Ce livre apporte un éclairage global sur les activités de la facturation des soins et leur finalité ;
• Connaître en détail les multiples opérations qui concourent à la facturation et au recouvrement des frais de soins ;
• Mieux connaître le travail réalisé au bureau des entrées pour le valoriser et l'accompagner pour l'avenir ;
• Comprendre les mécanismes de remboursement des frais de soins par les régimes de Sécurité sociale et les organismes complémentaires ;
• Passer en revue la multitude de tarifs ainsi que les règles de tarification, notamment en soins externes ;
• Réorganiser et sécuriser la chaîne de facturation des soins ;
• Comprendre les enjeux de la facturation directe des soins à l'Assurance Maladie pour mieux la préparer.

Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ?
CHONE (P.),EVAIN (F.),WILNER (L.),YILMAZ (E.)
En ligne
INSEE ANALYSES, n°15, 2014/01
http://www.insee.fr/fr/ffc/iana/ia15/ia15.pdf
L'adoption de la tarification à l'activité (T2A) a modifié le mode de financement du secteur hospitalier. L'objectif du législateur était d'accroître l'efficience et d'améliorer la qualité des soins. Dans les établissements publics ou privés à but non lucratif, un remboursement au séjour a progressivement remplacé, entre 2004 et 2008, la dotation globale annuelle. Dans les établissements privés à but lucratif, le montant du remboursement d'un séjour était sujet à des variations locales jusqu'en 2005 ; après 2005, une grille nationale de tarifs détermine ces montants suivant une classification de séjours. D'après les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), cette réforme tarifaire se serait traduite par une augmentation graduelle de l'activité chirurgicale dans le secteur public. Entre 2005 et 2008, le nombre moyen de séjours aurait augmenté de 2,5 par établissement et par type

de séjour, soit une hausse de 9,3 %, dans les établissements publics ou privés à but non lucratif par rapport aux établissements privés à but lucratif. Cette hausse de l'activité est plus sensible dans les établissements exposés à une forte concurrence des cliniques privées, mesurée par le nombre de lits des établissements privés environnants, pondérés par leur distance à chaque établissement public considéré. Alors que l'augmentation de l'activité n'est que de 3,8 % dans le quart des établissements publics les moins soumis à concurrence du privé, elle atteint 10,3 % dans le quart des établissements soumis à la concurrence la plus intense du secteur privé. L'introduction de la T2A aurait ainsi permis une amélioration de l'attractivité des établissements publics, au moins en ce qui concerne la chirurgie, domaine pour lequel ce type d'évaluation peut être mené de manière rigoureuse.

Réforme du financement des hôpitaux publics. Quel impact sur leur niveau d'activité ?
EVAIN (Franck),CHONE (Philippe),WILNER (Lionel),YILMAZ (Engin)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
C,P83
ETUDES ET RESULTATS (DREES), n°862, 2014/01
http://www.drees.sante.gouv.fr/reforme-du-financement-des-hopitaux-publics-quel-impact-sur,11235.html
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE AHoGR0xm. Diffusion soumise à autorisation].
L'adoption de la tarification à l'activité (T2A) a modifié le mode de financement du secteur hospitalier. Dans les établissements publics ou privés à but non lucratif, un remboursement au séjour a progressivement remplacé, entre 2004 à 2008, la dotation globale annuelle. Dans les établissements privés à but lucratif, le montant du remboursement d'un séjour était sujet à des variations locales jusqu'en 2005 ; après 2005, une grille nationale de tarifs détermine ces montants suivant une classification de pondérés par leur distance à chaque établissement public considéré. L'introduction de la T2A aurait ainsi permis une amélioration de l'attractivité des établissements publics, au moins en ce qui concerne la chirurgie, domaine pour lequel ce type d'évaluation peut être mené de manière rigoureuse.

Tarification à l'activité dans les établissements de santé de court séjour : mécanismes, stratégie et perspectives.
CASH (R.)
A4446
Paris : Infodium Editions, 2013
http://www.infodium.fr/editions/7-tarification-a-l-activite.html
Le modèle de financement par la tarification à l'activité mis en place ces dernières années a eu un impact retentissant sur la gestion des établissements de santé. Acteur de premier de plan de cette réforme, l'auteur en explique les fondements et en décrit les éléments de façon détaillée puis aborde les questions concrètes et stratégiques rencontrées par les responsables hospitaliers. Une approche transversale qui permet également d'aborder les débats relatifs à ce mode de financement et ses perspectives.

Introducing activity-based payment in the hospital industry: Evidence from French data.
CHONE (P.),EVAIN (F.),WILNER (L.),YILMAZ (E.)
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA
En ligne
Paris : INSEE, 2013/09
http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/G2013-11bis.pdf
De nombreux pays ont réformé leur politique de financement des établissements de santé afin de fournir davantage d'incitations à la qualité ainsi qu'à la réduction des coûts. L'objectif de ce travail est de montrer comment l'effet de telles réformes dépend de l'intensité de la concurrence locale. Nous développons un modèle de concurrence non tarifaire pour étudier l'effet d'un changement de tarification, à savoir le passage d'une enveloppe globale à un

paiement fondé sur l'activité, comme dans le cas des hôpitaux publics français lors de la réforme « tarification à l'activité » (T2A). Ce modèle prédit que le nombre d'admissions de patients devrait davantage augmenter dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées, et ce, d'autant plus que les hôpitaux publics sont soumis à une pression concurrentielle forte de la part des cliniques privées. À partir de la T2A implémentée en France entre 2005 et 2008, nous documentons des faits empiriques cohérents avec ces prédictions : relativement à l'activité dans les cliniques privées, l'activité a en effet augmenté d'environ 10 % dans les hôpitaux publics davantage soumis à une telle pression concurrentielle, contre seulement 4 % dans les hôpitaux publics moins soumis à cette concurrence.

Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A.
OR (Z.) , BONASTRE (J.) , JOURNEAU (F.) , NESTRIGUE (C.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
DT56
Paris : Irdes, 2013/04
http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT56SoinsHospitaliersT2A.pdf
La tarification à l'activité (T2A), introduite en 2004-2005 pour financer l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés, avait pour but d'améliorer l'efficience des établissements de santé et du secteur hospitalier. Or le suivi de l'impact de la T2A sur l'évolution de l'activité et de la productivité hospitalière reste à ce jour partiel. Cette étude fournit de nouvelles données et analyses quantitatives permettant d'apprécier les effets de la réforme de la T2A sur l'activité, la productivité et la qualité des soins hospitaliers. Au moyen d'une série d'indicateurs estimés annuellement sur la période 2002-2009, nous tentons de répondre aux questions suivantes : produit-on plus ou moins pour chaque euro dépensé pour l'hôpital depuis l'introduction de la T2A ? La structure de la production a-t-elle été modifiée ? Comment la qualité des soins a-t-elle évolué ? (résumé d'auteur).

Rapport 2013 au Parlement sur le financement des établissements de santé.
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
c, en ligne
Paris : MSSPS, 2013
http://www.apmnews.com/documents/2013_financement_etablissements_sante.pdf
Comme chaque année, le gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. On retrouvera dans ce document, les trois chapitres portant sur les conditions de réalisation de l'exercice 2012 qui ont servi au cadrage de la campagne 2013, les principales évolutions apportées au modèle de financement en 2013 et les perspectives d'évolution des modèles de financement des établissements de santé. Le nombre global de séjours, dont plus de 26 % sont des séances, a augmenté de + 1,8 % entre 2011 et 2012. Parallèlement, le volume économique a plus progressé dans le secteur Ex DG (+ 3,1 %) que dans le secteur Ex OQN (+ 1 %), ceci à classification constante. La durée moyenne des séjours enregistre une diminution, notamment en chirurgie non ambulatoire. En 2012, la croissance de l'activité de HAD s'est poursuivie mais de manière moins dynamique que les années précédentes. Les dotations servant à financer les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation - MIGAC - ont augmenté en 2012 de 3,44 %, près de 7 % de ces dotations finançant les MIG. Enfin, l'évolution récente de la situation financière des établissements de santé ressort comme globalement encourageante avec des comptes d'établissements de santé ex DG qui seraient revus à l'équilibre, avec un résultat excédentaire d'environ 100 millions d'euros et une capacité d'autofinancement revenue à son meilleur niveau (4,6 Md d'euros).

Evaluation de la T2A.

DESCHAMPS (M.), DESJARDINS (N.), FINKEL (S.), GARRIGUES (B.), GAUBERT (Y.), LE BAYON
Paris : FHF, 2013/06
http://fichiers.fhf.fr/documents/Rapport-finances-04juin.pdf
La Fédération hospitalière de France vient de remettre un rapport sur son évaluation de la T2A (tarification à l'activité) à l'hôpital. Ce rapport est le fruit des travaux d'un comité d'évaluation de la T2A placé sous la présidence du professeur Jean-Yves Fagon (HEGP). L'analyse met en évidence sur la période (cinq ans) la croissance d'activité, notamment de la chirurgie (chirurgie + 4%) de l'hôpital public. De ce fait, on a assisté à une croissance de la part de marché de l'hospitalisation publique par rapport à celle des autres acteurs. Notons que désormais la chirurgie se fait majoritairement à l'hôpital public (54%). Si le volume de l'activité a augmenté, la hausse de la masse salariale s'est poursuivie. Pour autant, parmi les critiques, la Fédération de l'hospitalisation publique met en avant les difficultés des hôpitaux à financer les investissements au travers de la T2A. Elle note aussi qu'il n'y a pas assez d'incitations financières au développement de l'ambulatoire.

Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier : rapport définitif : annexes.
ABALLEA (Pierre),LEGRAND (Patrice),VANNESTE (Arnaud),COLLETTE (Pierre),BANQUY (Didier),PAINAULT (Pierre)
C, B7165/1-2
Paris : IGAS, 2013
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000314-evaluation-du-financement-et-du-pilotage-de-l-investissement-hospitalier-tome-i-volume
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE JsGR0xnB. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport est consacré à la maîtrise technique et financière du processus d'investissement hospitalier. Il réalise tout d'abord un bilan de l'investissement de la période 2002-2012. Il examine ensuite, en deuxième partie, les conditions du choix de l'investissement et de son équilibre entre la rentabilité micro-économique et la régulation territoriale, puis en troisième partie les choix de financement de l'investissement (autofinancement via les tarifs et une meilleure gestion interne ; aides financières et recours à l'emprunt) dans un contexte contraint. Il aborde en quatrième partie, les conditions de la maîtrise de la conduite de la programmation, de la conception et de la réalisation des travaux et, enfin, en cinquième partie, le pilotage institutionnel de l'investissement.

Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA, Inspection générale des finances. Paris. FRA
Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux. Tomes I et II.
BRAS (Pierre-Louis), VIEILLERIBIERE (Jean-Luc), LESTEVEN (Pierre)
B7133/1, B7133/2
Paris : IGAS, 2012
http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article286
Dans ce rapport, l'IGAS analyse les mécanismes de financement que constituent d'une part la tarification à l'activité (T2A), dispositif mis en oeuvre à partir de 2005 et se substituant progressivement à la dotation globale pour les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) des établissements de santé du secteur public, et d'autre part, la Classification commune des actes médicaux (CCAM), nouvelle classification introduite en 2005 pour décrire et tarifer les actes techniques des médecins. Le rapport est scindé en quatre parties : la partie 1 traite de la tarification des séjours hospitaliers et concerne les ressources allouées, par le canal des tarifs, aux établissements de santé, publics et privés, dans le champ de la MCO, auquel s'applique T2A ; la partie 2 traite de la tarification des actes techniques à travers la CCAM, pour l'activité exercée par les médecins à titre libéral que ce soit en cabinet ou en établissement de santé ; la partie 3 traite de la tarification des actes

cliniques, dans le contexte du projet de CCAM clinique consistant à développer une nomenclature fine, sur le modèle de la CCAM technique, dédiée aux actes cliniques (consultations, visites) ; la partie 4 traite de la tarification des actes et consultations externes à l'hôpital, qui sont actuellement rémunérés sur la base des tarifs du secteur libéral. Ce rapport est complété par de nombreuses annexes et pièces jointes.

Inspection générale des affaires sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé.
BRUANT-BISSON (Anne), CASTEL (Paul), PLANEL (Maurice-Pierre)
B7132
Paris : IGAS, 2012
http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article287
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xkBq89. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport consacré à l'évaluation des effets de la tarification à l'activité (T2A) sur le management des établissements de santé a été inscrit au programme d'activité de l'Inspection générale des affaires sociales. Prévue par la loi de financement de la Inspection générale des affaires sociales sécurité sociale pour 2004, la tarification à l'activité se substitue à la dotation globale versée aux établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier depuis 1984, et au paiement à la journée applicable dans les établissements privés a but lucratif, avec un double objectif : rétablir un lien entre le financement et l'activité des établissements de santé ; instaurer l'équité de traitement entre établissements. Il s'agissait de faire disparaître progressivement les disparités de financement constatées entre des établissements ayant des tailles, des volumes et des secteurs d'activité comparables.

Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Évaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins.
BARTOLI (Fabienne), DESTAIS (Nathalie), YENI (Isabelle), DE BEAUCHAMP (Hubert)
C, B7149
Paris : IGAS, 2012
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000582/index.shtml
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE r7AjR0xH. Diffusion soumise à autorisation]. L'Inspection générale des affaires sociales a inscrit à son programme d'activité 2011-2012, une mission d'évaluation relative aux cliniques privées commerciales. Le présent rapport s'organise autour de quatre parties : le rôle de ce secteur dans l'offre de soins et sa situation financière ; l'évolution de sa structure capitalistique et des stratégies immobilières ; les stratégies mises en oeuvre dans l'exploitation des établissements ; les enjeux pour le régulateur.

LE MENN (J.) , MILON (A.)
Sénat. Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA
Rapport d'information le financement des établissements de santé.
Rapport d'information du Sénat ; n° 703
Paris : Sénat
2012
Pages : 340p., tabl., graph.
Huit ans après l'introduction du principe de la tarification à l'activité (T2A) en MCO qui a, de l'avis unanime, bousculé la communauté hospitalière, la Mecss a souhaité évaluer cet outil de répartition des ressources fréquemment décrié, comprendre la façon dont il a été mis en oeuvre et tracer des pistes pour son évolution. Quels ont été les effets de cette réforme systémique sur les décisions de soins et sur le fonctionnement des établissements ? Comment se répartissent aujourd'hui leurs recettes ? Comment sont construits les tarifs et à quoi correspondent-ils ? La T2A a-t-elle entraîné une détérioration de la qualité des prises en

charge ? Après une vingtaine d'auditions et six déplacements permettant de visiter neuf établissements publics et privés, le présent rapport fournit des réponses à ces questions et propose des mesures d'amélioration, afin de prendre en charge non plus la maladie, comme le fait trop la T2A aujourd'hui, mais le malade dans la globalité de son parcours.
http://www.senat.fr/rap/r11-703/r11-7031.pdf

DORMONT (B.) , MILCENT (C.)
Centre pour la Recherche Economique et ses Applications. (C.E.P.R.E.M.A.P.).
Productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés.
Ownership and Hospital Productivity.
Document de travail ; 1205
2012/07
Pages : 45p., tabl., graph.
There is ongoing debate about the effect of ownership on hospital performance as regards efficiency and care quality. This paper proposes an analysis of the differences in productivity and efficiency between French public and private hospitals. In France, public and private hospitals do not only differ in their objectives. They are also subject to different rules as regards investments and human resources management. In addition, they were financed according to different payment schemes until 2004: a global budget system was used for public hospitals, while private hospitals were paid on a fee-for-service basis. Since 2004, a prospective payment system (PPS) with fixed payment per stay in a given DRG is gradually introduced for both private and public hospitals. Payments generally differ for the same DRG, depending on whether the stay occurred in a private or public hospital. A convergence of payments between the nonprofi t and for profit sectors was planned by 2018 by the previous government, but this project has been abandoned by the newly elected government. Pursuing such a convergence comes down to suppose that there are differences in efficiency between private and public hospitals, which would be reduced by the introduction of competition between these two sectors. The purpose of this paper is to compare the productivity of public and private hospitals in France. We try to assess the respective impacts, on productivity differences, of differences in efficiency, patient characteristics and production composition. We have chosen to estimate a production function. For that purpose, we have defined a variable measuring the volume of care services provided by each hospital, synthetizing the hospital multiproduct activity into one homogenous output. Our data comes from two administrative sources which record exhaustive information about French hospitals. Matching these two database provides u s an original source of information, at the hospital-year level, about both the production composition (number of stays in each DRG), and production factors (number of beds, facilities, number of doctors, nurses, of administrative and support staff, etc.). We observe 1,604 hospitals over the period 1998-2003, of which 642 hospitals are public, 126 are private not-for-profit and 836 are private-for-profit. This database is relative to acute care and covers more than 95 % of French hospitals. We use a stochastic production frontier approach combined with hospitals fixed effects. We find that the lower productivity of public hospitals is not explained by inefficiency (distance to the frontier), but oversized establishments, patient characteristics and production characteristics (small proportion of surgical stays). Once patient and production characteristics are taken into account, large and medium sized public hospitals appear to be more efficient than private hospitals. As a result, payment convergence would provide incentives for public hospitals to change the composition of their supply for care.
http://www.cepremap.ens.fr/depot/docweb/docweb1205.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL , Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL
Les groupes homogènes de malades en Europe : évoluer vers la transparence, l'efficience et la qualité à l'hôpital.

Diagnosis-related groups in Europe : moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals.
Europen Observatory on Health Systems and Policies Series.
Maidenhead : Open University Press - Mc Graw Hill
2011
Pages : 20p. + 458p., tabl., graph., fig.
At the EuroDRG final conference, which is held in Berlin, 17 November 2011, the main results of the EuroDRG research project will be presented and discussed with policy-makers, researchers and stakeholders from Europe and beyond. Diagnosis Related Group (DRG) systems were introduced in Europe to increase the transparency of services provided by hospitals and to incentivise greater efficiency in the use of resources invested in acute hospitals. In many countries, these systems were also designed to contribute to improving - or at least protecting – the quality of care. After more than a decade of experience with using DRGs in Europe, the EuroDRG research project considered whether the extensive use of DRGs has contributed towards achieving these objectives. During this conference, a new Observatory publication Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals will be officially launched. The book is intended to contribute to the emergence of a `common language' that will facilitate communication between researchers and policy-makers interested in improving the functioning and resourcing of the acute hospital sector (Résumé de l'éditeur).

Ministère chargé de la Santé. Direction Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.). Paris. FRA
Guide méthodologique de comptabilité hospitalière.
Paris : DGOS
2011/11
Pages : 89p., tabl., annexes
La mise en place de la tarification à l'activité (T2A), mais aussi l'implication de plus en plus forte des médecins dans la gestion des établissements, engendrent un besoin accru d'indicateurs de gestion pertinents à destination des chefs de pôle et des directions d'établissements. En cela, la mise en place d'une comptabilité analytique hospitalière fiable est un moyen d'y répondre. Le guide de la comptabilité analytique décrit les différents outils disponibles et définit le cadre méthodologique applicable aux hôpitaux. S'adressant à tous les acteurs hospitaliers impliqués dans une gestion performante, il énonce les règles et les méthodes qui permettent de calculer des coûts, des ratios, des indicateurs :coût d'une journée de prise en charge quel que soit le champ d'activité, coût direct de production de certaines activités, ratios et indicateurs de parangonnage (introduction, tome 1) ;coût de production des activités (tome 2, en cours d'actualisation) ;coût d'un acte ou d'une séquence de soins (guides ENCC, en cours d'actualisation).Tous les champs d'activité et de production de soins sont concernés : médecine chirurgie obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), psychiatrie, comptes de résultats annexes.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/GUIDE_CAH___BOS_2011-4.pdf

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA
Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A).
Paris : Ministère chargé de la Santé
2011
Pages : 58p., tabl., fig.
La réforme de la tarification à l'activité (T2A) est entrée en 2011 dans sa huitième année d'application. Le présent rapport détaille les principales conclusions qu'il est possible de retirer de ces huit années de mises en oeuvre de la T2A. Il constate que la tarification à l'activité est entrée dans une phase de maturité et de stabilité, souligne que c'est un système nécessairement complexe mais transparent, évoluant pour s'adapter aux pratiques des établissements et aux orientations des politiques publiques. Enfin, la T2A doit être inscrite dans une gestion responsable des finances publiques.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_T2A_au_Parlement_2011_transmis_1509_11.pdf

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA
Rapport 2011 au Parlement sur la convergence tarifaire.
Paris : Ministère chargé de la Santé
2011
Pages : 101p., tabl.
Dans ce rapport, le ministère revient sur l'historique du mécanisme de convergence et dresse à la fois le bilan d'avancement du processus de la convergence intersectorielle sur 2010-2011 et le bilan des recommandations du rapport de IGAS de 2006. L'objectif de convergence fait partie des principes de base de la réforme de la Tarification à l'activité : la convergence intra sectorielle, c'est-à-dire entre établissements d'un même secteur, ayant pour but une mise en œuvre progressive de la T2A pour permettre aux acteurs et aux structures de s'y adapter; la convergence intersectorielle, c'est-à-dire entre établissements des secteurs public et privé, consistant à rapprocher les 2 échelles tarifaires (ex-DG et ex-OQN) hors écarts de charges justifiés. La convergence intra sectorielle a été atteinte, avec un an d'avance, au 1er mars 2011 dans les secteurs public et privé. Elle s'est effectuée au moyen des coefficients de transitions propres à chaque établissement. Les conditions de financement sont donc désormais équivalentes entre établissements d'un même secteur. Le ministère rappelle ensuite le principe d'une convergence tarifaire d'ici 2018 (LFSS 2010) vers les tarifs les plus bas (LFSS 2011) et non plus vers les tarifs privés (LFSS 2008).
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_convergence_au_Parlement_2011_4_1_191011.pdf

MOUGEOT (M.), NAEGELEN (F.)
Régulation et tarification des hôpitaux.
Paris : Economica
2011
Pages : 152p., graph., tabl., fig.
La maîtrise des dépenses de santé est un des problèmes principaux des économies développées. Elle peut cependant entrer en conflit avec la recherche d'une meilleure qualité des soins permettant d'améliorer l'état de santé de la population. Ce livre analyse les arbitrages que doit réaliser, dans ce contexte, toute politique de tarification des hôpitaux, compte tenu des asymétries d 'information qui caractérisent la relation entre les tutelles et les producteurs de soins. Les arguments concernant les choix entre des contrats de remboursement des coûts et des contrats forfaitaires sont d'abord analysés dans le cas d'hôpitaux et de patients homogènes. Les hétérogénéités sont ensuite prises en compte de manière à mettre en évidence la nécessité de mécanismes de financement plus complexes arbitrant entre la recherche de l'efficacité productive et de l'efficacité allocative, la dissuasion de la sélection des patients et l'élimination des rentes socialement coûteuses . L'ouvrage apporte ainsi un éclairage théorique nouveau sur les politiques retenues en France depuis quelques années et sur les améliorations qui pourraient leur être apportées (résumé de l'éditeur).

JEGOU (J.J.)
Sénat. Commission des Finances. Paris. FRA
Rapport d'information sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).
Rapport d'information ; 686
Paris : Sénat
2011/06
Pages : 63p., tabl., graph.
La réforme de la tarification à l'activité (T2A), introduite en 2004, avait pour objectif de moderniser le financement des établissements de santé en passant progressivement d'un mode de financement par dotation globale à un système de rémunération lié à l'activité réelle des établissements. Néanmoins, dès la mise en place de la T2A, il est apparu nécessaire de

maintenir des sources de financement en dehors du principe général de tarification à l'activité pour certaines missions ne constituant pas des activités de soins quantifiables. De là découle la dotation relative aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Cette enveloppe de crédits, de plus de 8 milliards d'euros en 2011, constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et se situe à la croisée d'importantes réformes du secteur hospitalier. D'une part, son évolution a un impact direct sur la réforme de la T2A. D'autre part, de l'identification des MIGAC dépend, pour partie, la convergence tarifaire. Par ailleurs, ces dotations représentent un nouveau défi pour les agences régionales de santé, pour lesquelles le pilotage par la performance des dépenses hospitalières est au coeur de leur feuille de route. Si le maintien des MIGAC demeure incontestablement nécessaire, leur volume doit être mieux maitrisé et leur construction rationalisée. Quant à leur pilotage, il reste à parfaire afin de s'orienter vers un réel modèle d'allocation des moyens fondé sur la performance et l'évaluation des résultats.
http://www.senat.fr/rap/r10-686/r10-6861.pdf

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Paris. FRA
Les réalisations de la campagne budgétaire 2010.
Paris : ATIH
2011
Pages : 185p.
Ce rapport sur les réalisations de la campagne budgétaire et tarifaire 2010 relatifs aux établissement de santé présente les résultats suivants. L'exercice 2010 est marqué par une évolution de l'activité des établissements de santé très soutenue. Ce dynamisme des dépenses s'est avéré incompatible avec le niveau des dépenses d'assurance maladie tel que fixé par la Loi de financement de la Sécurité sociale. Il s'articule autour de trois parties. Le premier chapitre vise à mesurer les réalisations de dépenses d'assurance maladie et à les comparer aux prévisions de dépenses réalisées au moment de la construction des objectifs au titre de ce même exercice. Ces mesures sont présentées par enveloppe, en valeur absolue comme en taux de progression ; le second présente une analyse plus fine et plus détaillée de l'activité MCO (Médecine chirurgie obstétrique) des établissements de santé. Il s'attache plus particulièrement, et ce pour chacun des deux secteurs, à décrire les facteurs (catégorie d'établissements, catégorie de prises en charge, catégorie d'activités de soins, catégorie majeure de diagnostic) pouvant expliquer cette évolution du volume des dépenses ;la dernière partie présente un suivi plus spécifique de certaines activités comme la chirurgie ambulatoire, le cancer, les soins palliatifs, etc.Un document complémentaire à ce rapport présente pour chaque région une fiche de synthèse sur les dépenses des établissements de santé.
http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0000400005FF

Fédération Hospitalière Privée. (F.H.P.). Confédération des soins de suite et de réadaptation. (C.S.S.R.). Paris. FRA
Le livre blanc des SSR (Soins de suite et de réadaptation) privés.
Paris : FHP
2011/07
Dans ce Llivre blanc publié le 6 juillet, la Confédération des soins de suite et de réadaptation (CSSR) demande une tarification des activités basée sur la séquence plutôt que le séjour, et revendique une T2A égalitaire entre établissements public et privé. La tarification à l'activité (T2A) s'appliquera en 2013 à l'ensemble des centres de SSR, quel que soit leur statut.

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA
Rapport 2010 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé.
Paris : Ministère chargé de la Santé
2010
Pages : 86p., tabl.

Le financement par une dotation nationale des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation des établissements hospitaliers (Migac) est indissociable de la construction du modèle de financement par la tarification à l'activité (T2A). La dotation est fixée dans le cadre de l'Ondam (Objectif national des dépenses de l'assurance maladie). Les missions des établissements de santé ont été redéfinies dans la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires). D'après les résultats du rapport 2010, la dotation Migac finance 51 missions d'intérêt général. Les 6 missions les plus lourdes économiquement sont les Ucsa (Unités de Consultation de Soins Ambulatoires), les équipes mobiles de soins palliatifs ou Emsp, les Centres de Coordination en Cancérologie, les Pass (Permanences d'accueil et d'accès aux soins) et les actions d'éducation thérapeutique ou ETP. En 2010, la dotation nationale de financement des MIGAC s'élève à 8,142 milliards d'euros soit une progression de 5.8 % par rapport à la dotation 2009.
http://martaa.free.fr/uploads/5052ea86-59ad-b688.pdf

SCHECHTER (F.), DELNATTE (J.C.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Pratiques de comptabilité analytique en établissements de santé : examen du déploiement des outils dans un panel d'établissements de santé.
Rapport Igas ; RM2010-172P
Paris : IGAS
2010/12
Pages : 57p.
Par une saisine en date du 17 mai 2010, le cabinet de la ministre de la santé et des sports a confié à l'IGAS une mission relative à la réalisation « d'un audit qualitatif, dans une dizaine d'établissements de santé, ayant mis en place et utilisant à bon escient la comptabilité analytique ». La saisine inscrit les travaux de cette mission dans « un programme plus large conduit par la DGOS (Direction générale de l'offre de soins), en lien avec l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux), l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) et le GACAH (Groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière), comprenant la réécriture du guide de la comptabilité analytique hospitalière et une enquête sur l'ensemble des établissements de santé pour évaluer le niveau de déploiement et la coordination avec les éditeurs de logiciel ». Il est rappelé, en clôture de cette saisine, que l'objectif est : « La généralisation, d'ici 2014, du déploiement et de l'utilisation de la comptabilité analytique » (résumé d'auteur).
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000171/0000.pdf

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA
Rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire.
Paris : Ministère chargé de la Santé
2010
Pages : 59p., tabl.
La convergence tarifaire dans le financement des hôpitaux du secteur public et du secteur privé était définie dans la loi de financement de la Sécurité sociale du 18 décembre 2003, mais elle est loin d'être effective. Le rapport 2010 montre que l'écart entre le tarif moyen des hôpitaux et celui des cliniques a été réduit de plus de deux points en 2010, dans le cadre de la mise en oeuvre de la convergence intersectorielle ciblée sur 35 GHM débutée en 2010, pour s'établir à 24 %. L'écart avait été réduit de trois points entre 2006 et 2008 puis de 10 points entre 2008 et 2009 en raison de la mise en place de la version 11 et du changement de périmètre des tarifs lié au transfert vers l'enveloppe des Migac (missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation) de la permanence des soins hospitalière et de la prise en charge des patients précaires. Le rapport souligne aussi que certains tarifs du secteur public sont inférieurs à ceux du secteur privé pour 242 groupes homogènes de séjours. La date d'achèvement de la convergence intersectorielle a été repoussée à 2018 dans la LFSS pour 2010. Le rapport indique néanmoins que le dispositif de convergence ciblée entamé il y a six mois doit être poursuivi afin d'affiner le modèle de convergence intersectorielle. Enfin, la

convergence intrasectorielle, qui doit s'achever en 2012, a bien avancé dans les deux secteurs en 2010.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Convergence_2010.pdf

BOUINOT (C.), PERICARD (B.)
Les hôpitaux et l'investissement.
Politiques locales.
Paris : LCDJ - Extenso éditions ; Paris : Dexia
2010
Pages : 126p.
Le patrimoine hospitalier est vieux de quelques siècles. Il s'est constitué peu à peu, depuis le Moyen Âge, en conservant, modernisant ou renouvelant ses sites. C'est aujourd'hui un patrimoine important, diversifié, souvent emblématique mais finalement méconnu du public. Les questions de la conservation et de la gestion du patrimoine hospitalier et celles de la planification et du financement du prochain investissement, sont à la fois quotidiennes et stratégiques pour un hôpital et intéressent, à plusieurs niveaux, les collectivités locales. Cet ouvrage tente de répondre simplement à l'ensemble de ces questions. L'histoire du patrimoine hospitalier, les récents plans nationaux de relance de l'investissement, les enjeux de la gestion patrimoniale dans un hôpital, la conduite d'une opération d'investissement et les sources de son financement, seront ainsi abordés tour à tour.

BRAS (P.L.) , DUHAMEL (G.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé.
Paris : Igas
2009/11
Pages : 77p., tabl.
Au-delà des prestations de soins dont le financement est pris en compte par la tarification à l'activité (T2A), certains établissements de santé assurent des missions d'intérêt général (MIG). Pour compenser les charges liées à l'accomplissement de ces MIG, une dotation a été créée dans la mesure où ces activités n'étaient pas quantifiables à travers les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur lequel se fonde la T2A et n'étaient pas liées aux variations de l'activité de soins réalisée. La dotation se décompose en deux parties : une enveloppe qui vise à financer principalement les activités d'enseignement et de recherche mais aussi les activités de recours et celles liées à l'innovation (enveloppe Mission Enseignement Recherche, Recours, Innovation - MERRI) ; une enveloppe qui a vocation à financer toutes les autres missions d'intérêt général, parmi lesquelles l'aide médicale urgente soit les SAMU et les SMUR, les équipes mobiles de gériatrie et celles de soins palliatifs, les unités de consultation et de soins ambulatoires pour les personnes détenues. L'IGAS a conduit une mission d'évaluation du financement de ces missions dans les établissements de santé (résumé d'auteur).
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000024/0000.pdf

VASSELLE (A.),
Sénat. Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA
Rapport d'information sur le processus de convergence tarifaire et la proposition de report de son achèvement à 2018.
Paris : Sénat
2009
Pages : 35p., tabl.
Depuis son inscription dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, le processus de convergence tarifaire entre établissements hospitaliers publics et privés, qui vise à aligner les tarifs des deux secteurs dans la limite des écarts justifiés par des

différences de charges couvertes, a suscité de vifs débats et de nombreuses interrogations. Après avoir renoncé à mettre en oeuvre la convergence à hauteur de 50 % en 2008 et alors que le processus doit en principe être achevé en 2012, le Gouvernement propose désormais au Parlement, dans le cadre du PLFSS pour 2010 (art. 32), de reporter à 2018 l'achèvement du processus de convergence tarifaire entre établissements de santé, publics et privés (convergence dite "intersectorielle"), compte tenu des nombreuses études restant à réaliser sur les écarts de coûts entre les différents secteurs. Dans le même temps, il envisage la mise en oeuvre dès 2010 d'une convergence ciblée sur quelques groupes homogènes de séjour (GHS). Dans ce contexte, la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) du Sénat a souhaité faire le point sur ce dossier lors d'une table ronde qu'elle a organisée le 27 octobre 2009, réunissant les différents acteurs concernés (fédérations hospitalières, DHOS, mission T2A du ministère de la santé) pour mieux comprendre les enjeux du processus et les difficultés rencontrées dans sa réalisation. Dans un rapport d'information intitulé "En attendant la convergence tarifaire...", et publié le 3 novembre, le sénateur Alain Vasselle propose, après un bref rappel de l'état du processus de convergence, un compte rendu de cette table ronde qui a permis, "pour la première fois au Parlement, une véritable confrontation des points de vue susceptible d'éclairer la poursuite de cette démarche". Le rapport sénatorial témoigne des fortes divergences d'interprétation de la réforme... et de ses risques.
http://www.senat.fr/rap/r09-076/r09-0761.pdf

DOUMAIL (K.)
Guide pratique de la tarification à l'activité (T2A). Mode d'emploi au quotidien.
Pratiques Hospitalières
Bordeaux : Les études hospitalières
2009
Pages : 188p., fig.
Composante du "pacte de modernité" voulu et annoncé pour les établissements de santé en 2002, la tarification à l'activité (T2A) s'inscrit dans le cadre d'une évolution juridique entreprise dès 1996. Le déséquilibre chronique des comptes de l'assurance maladie et les carences inhérentes aux précédents modes de financement ont, en effet, conduit le législateur à "médicaliser" tout d'abord le mécanisme de régulation des dépenses de santé, puis les modes de financement eux-mêmes. Consacrée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2004, l'impact de la T2A dépasse le cadre des établissements de santé. Opposables aux secteurs public et privé, cette réforme constitue un puissant levier de réorganisation de l'offre de soins nationale. En ce sens, elle renvoie directement aux problématiques d'aménagement du territoire, des relations établissements de santé-médecine de ville et, pour la population ; à l'accès aux soins. Aux regards des enjeux d'une telle réforme, les acteurs du secteur hospitalier se doivent de développer une connaissance approfondie de la T2A. Dans cette perspective, ce guide constitue un outil de travail au quotidien. Au-delà d'une approche historique et théorique de cette réforme, il permet de découvrir et d'approfondir les connaissances à travers une présentation ludique, basée notamment sur des fiches techniques. Les mécanismes de contrôle et de sanction financière à l'encontre des établissements de santé font également l'objet d'une étude approfondie.

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Guide des règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé
Paris : Ministère chargé de la santé : 2009 : 125p.
Ce guide vise à faire le point sur l'état de la réglementation en matière de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, sans pour autant se substituer à la documentation de base que constituent les textes législatifs et règlementaires et les circulaires, référencés sur chaque fiche, auxquels il convient de se référer, en tant que de besoin. Il s'adresse aux ARH, aux directeurs d'établissements, aux caisses d'assurance maladie, aux éditeurs de logiciel et à toute personne désireuse d'obtenir des informations sur

les procédures d'admission et de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.
http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_regles_de_facturation_des_soins_dispenses_dans_les_etablissements_de_sante_2009.pdf

POUVOURVILLE (G. de)
Le financement des hôpitaux.
Traité d'économie et de gestion de la santé.
Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses
2009
Pages : 269-274

OR (Z.) , RENAUD (T.), COM-RUELLE (L.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France.
Document de travail Irdes ; 25
Paris : Irdes
2009/05
Pages : 31p.
Cote Irdes : DT25
Dans le cadre de la tarification à l'activité, introduite en 2005 en France, un objectif de convergence tarifaire pour les établissements publics et privés est affiché. Ce travail questionne les justifications économiques de cette convergence, d'une part, en examinant la littérature sur les variations de coûts hospitaliers et, d'autre part, à partir d'une analyse empirique des données d'activité hospitalière françaises. La littérature sur l'économie de l'hôpital identifie de nombreux facteurs qui peuvent générer des différences de coûts entre établissements à niveau d'efficience égal. La taille de l'établissement et sa gamme d'activité, la qualité des soins, la différence dans les caractéristiques des patients pris en charge et dans les facteurs de production sont reconnus comme des facteurs contribuant à expliquer les variations de coûts entre établissements. Notre analyse de la littérature montre que les tarifs doivent être ajustés au mieux pour prendre en compte ces facteurs, qui ne sont pas toujours contrôlables par les établissements publics mais qui impactent tout de même directement les coûts. Par ailleurs, l'examen de l'activité hospitalière française indique une forte partition des soins entre les secteurs public et privé, correspondant à des établissements de profils différents. Ignorer ces différences de profils dans une politique de tarification peut mettre en danger la capacité du système hospitalier à fournir les soins nécessaires ainsi qu'à en assurer l'équité d'accès.
http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT25EcartsCoutHospitaliers.pdf

OR (Z.) , RENAUD (T.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Principes et enjeux de la tarification à l'activité (T2A) à l'hôpital : enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères.
Document de travail Irdes ; 23
Paris : Irdes
2009/03
Pages : 25p.
Après avoir exposé les principes économiques constitutifs de la T2A et identifié les variables structurelles modulant son impact, les auteurs présentent ses avantages et effets pervers potentiels. Le détour par les expériences étrangères – aux États-Unis, en Angleterre et en Australie – offre un éclairage intéressant. Malgré des architectures et applications différentes de ce mode de paiement, ces pays – tout comme la France – sont confrontés aux mêmes

risques en termes de garanties de la qualité des soins et d'équité d'accès. Un focus est en outre fait sur un des principaux défis de la T2A : la question de la fixation des tarifs.
http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT23PrincipEnjeuxTarificActiviteHopital.pdf

ESCAFFRE (J.P.)
Le contrôle de gestion des unités de soins hospitaliers.
Connaissance de la gestion.
Paris ; Economica
2008
Pages : 224p., tabl., graph., index
On va à l'hôpital parce qu'on est malade. Pourtant, il y a beaucoup plus de personnes en état morbide chez elles que dans les structures de soins ! Le "bon sens" ne suffit donc pas pour expliquer la demande des prises en charges hospitalières. Le démantèlement significatif des réseaux sociaux est l'un des facteurs les plus puissants de l'accélération du nombre des prises en charges dans les hôpitaux, quel que soit l'âge. Tant qu'il n'y aura pas de stabilisation des capacités de soutien des réseaux sociaux, la pression de la demande perdurera, et avec elle le retard perpétuel des moyens à mettre en oeuvre. Mais cela dépasse le management : il constate ce fait, le mesure, et doit y faire face. Les patients passent par des filières aux caractéristiques spécifiques qui ont des effets très différenciés sur les urgences et sur les Unités de Soins. Il convient impérativement de les repérer et de suivre l'évolution de chacune d'elles. Les prises en charges diversifiées génèrent les charges de travail des soignants. Ces derniers réagissent à la fois individuellement et collectivement de manière là aussi différenciée. Ce sont les variations des charges, plus que leur volume, qui expliquent les modifications des ressentis des journées de travail qu'il faut dissocier des "charges mentales" de long terme. La capacité d'organisation du management est essentielle : il peut agir en manipulant les quantités de facteurs de production, et n'a généralement que peu de prise sur la fixation des prix de ces derniers. En conséquence, ce sont les mesures de ces quantités qui sont importantes, ce qui relativise l'utilité des calculs des coûts toujours sujets à caution. Pourquoi va t'on à l'hôpital ? Pour rétablir une autonomie entamée, et ce par une dépendance momentanée aux soignants, quelle que soit la maladie. Dès lors, le paramètre essentiel de l'efficacité des soins est la variation de l'autonomie, et celui de l'efficience la dépendance. Ceci relativise la maladie comme critère utile au management des unités de soins (4e de couverture).
http://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/le-controle-de-gestion-des-unites-de-soins-hospitaliers-9782717854855

ABALLEA (P.) , DELAHAYE-GUILLOCHEAU (V.) , GATIER (J.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA, Inspection Générale des Finances. (I.G.F.). Paris. FRA
Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale.
Paris : IGAS
2008/12
Pages : 202p.
Cote Irdes : B6754
Le passage à la facturation directe dans les établissements de santé anciennement financés par dotation globale a donné lieu à des reports successifs dans le cadre des dernières Lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS). La dernière échéance définie par la LFSS de 2008 avait prévu une mise en oeuvre de ce dispositif au 1er janvier 2009. Le projet n'ayant pas encore abouti, les ministres en charge respectivement, de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, et du budget, des comptes publics et de la fonction publique, ont demandé à l'été 2008 à l'IGAS et à l'IGF de conduire une mission d'évaluation de ce projet. Les travaux de la mission ont porté sur une analyse du contexte de la réforme et de ses objectifs, des causes des difficultés rencontrées et de l'état actuel du projet. Enfin, au vu

d'une appréciation bénéfices/risques, la mission formule des propositions aux pouvoirs publics sur la suite de ce projet.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000354/0000.pdf

POSTEL-VINAY (D.) , DUPAYS (S.), VIENOT (A.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA, Inspection Générale de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.G.I.N.S.E.E.). Paris. FRA
Le suivi des dépenses hospitalières de l'assurance maladie.
Rapport IGAS ; n° RM2007-162P
Paris : IGAS
2008/05
Pages : 76p., 7 annexes
Compte tenu des difficultés constatées dans le suivi de la dépense des régimes d'assurance maladie au titre des soins hospitaliers (objectif national des dépenses d'assurance maladie hospitalier, ou ONDAM hospitalier), l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de l'INSEE ont été chargées de mettre en place une mission conjointe d'analyse et de propositions sur le sujet. La mission devait, à partir d'une analyse des difficultés rencontrées en 2005 et 2006 pour parvenir à la mise en cohérence des données provenant des différentes sources statistiques et comptables, « proposer toute amélioration méthodologique et organisationnelle de nature à fiabiliser (en qualité et en délai) les remontées d'informations sur les dépenses d'assurance maladie liées aux établissements de santé ». Le rapport présente une série de recommandations, dont des propositions d'évolution concernant l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, institué pour cinq ans par l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000665/0000.pdf

BRETON (T.), LANNELONGUE (C.), LEOST (H.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Rapport sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la T2A.
Paris : IGAS
2008/01
Pages : 123p., ann.
Le programme de travail de l'IGAS pour 2007 comporte la réalisation d'une mission sur les mesures prises dans le cadre des contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) par les hôpitaux "perdants à la tarification à l'activité (T2A)". La mission a contrôlé les mesures prises dans 19 centres hospitaliers (CH), établissements, choisis en liaison avec les services de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) afin de pouvoir illustrer la diversité des situations de difficultés financières et des actions de redressement mises en oeuvre dans le cadre des CREF. La mission a recueilli des informations sur la performance des établissements sélectionnés à l'aide d'un questionnaire et de l'outil « Diagnostic flash ». Au terme de ces travaux, 22 rapports ont été établis et soumis à une procédure contradictoire. Le présent rapport est la synthèse des éléments rassemblés dans ces rapports, complétés par différents entretiens. La mission s'est également appuyée sur les travaux précédents de l'IGAS et de l'Inspection générale des finances. Enfin, elle a été particulièrement intéressée par les travaux menés en Grande-Bretagne par l'Audit Commission, notamment le rapport « Learning the lessons from financial failure in the National Health System de juillet 2006 ».
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000181/0000.pdf

GROLIER (Jacques), DOUSSOT-LAYNAUD (Claude-Anne), PEYRET (Philippe)
EPRD. Gestion budgétaire et comptable des établissements de santé.
Rennes : Presses de l'EHESP
2009/07

Pages : 544p., tabl., index
« La Société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration", stipule l'article 15 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789. Des fonds publics considérables sont mis à la disposition du monde de la santé chaque année. La comptabilité fournit les informations permettant le nécessaire contrôle de leur utilisation. Elle participe également à l'amélioration de la gestion budgétaire des hôpitaux publics. Après une introduction à la comptabilité générale, les auteurs abordent successivement chacune des opérations financières qui concourent à la fiabilité des comptes hospitaliers. L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et la tarification à l'activité, les opérations budgétaires et comptables courantes, la clôture de l'exercice et le contrôle des comptes sont expliqués et illustrés de nombreux exemples, dans un souci pédagogique constant.

LE ROUX (Jean-Marc)
Liste des comptes du plan comptable des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics.
Rennes : Presses de l'EHESP
2009
Pages : 65p.
Au sommaire de cette édition 2009 : la liste des modifications introduites par l'arrêté du 19 décembre 2008 ; la liste des comptes applicables aux établissements sociaux et médicosociaux publics ; présentée selon un code couleur ; 15 modèles de documents de synthèse comptables, budgétaires et financiers.

DELNATTE (Jean-Claude)
Liste des comptes du plan comptable applicable aux établissements de santé privés avec leur répartition par titres.
Rennes : Presses de l'EHESP
2009/01
Pages : 53p.
Au sommaire de cette nouvelle édition mise à jour en 2009 : la nomenclature budgétaire et comptable des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (arrêté du 22 janvier 2008 modifié par l'arrêté du 24 décembre 2008, JO du 7 janvier 2009) ; la nomenclature budgétaire et comptable de l'activité des unités de soins de longue durée ; la composition des titres du tableau de financement prévisionnel ; la composition des titres du compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) ; la composition des titres du compte de résultat prévisionnel de l'activité des unités de soins de longue durée (USLD).

DELNATTE (Jean-Claude)
Liste des comptes du plan comptable hospitalier avec leur répartition par titres.
Rennes : Presses de l'EHESP
2009
Pages : 101p.
On trouvera dans cette treizième édition, mise à jour au 31 décembre 2008, les documents suivants : nomenclature budgétaire et comptable applicable aux établissements publics de santé, nomenclature budgétaire et comptable des comptes de résultat prévisionnels annexes, composition des titres du compte de résultat prévisionnel principal (CRPP), composition des titres du tableau de financement prévisionnel, composition des titres des comptes de résultats prévisionnels annexes (CRPA).

ABALLEA (P.) , DELAHAYE-GUILLOCHEAU (V.) , GATIER (J.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA, Inspection Générale des Finances. (I.G.F.). Paris. FRA
Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale.

Paris : IGAS
2008/12
Pages : 202p.
Le passage à la facturation directe dans les établissements de santé anciennement financés par dotation globale a donné lieu à des reports successifs dans le cadre des dernières Lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS). La dernière échéance définie par la LFSS de 2008 avait prévu une mise en oeuvre de ce dispositif au 1er janvier 2009. Le projet n'ayant pas encore abouti, les ministres en charge respectivement, de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, et du budget, des comptes publics et de la fonction publique, ont demandé à l'été 2008 à l'IGAS et à l'IGF de conduire une mission d'évaluation de ce projet. Les travaux de la mission ont porté sur une analyse du contexte de la réforme et de ses objectifs, des causes des difficultés rencontrées et de l'état actuel du projet. Enfin, au vu d'une appréciation bénéfices/risques, la mission formule des propositions aux pouvoirs publics sur la suite de ce projet.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000354/0000.pdf

GROLIER (Jacques), PERARD (Yvan), PEYRET (Philippe)
Comptabilité analytique hospitalière et tarification à l'activité.
Rennes : Editions EHESP
2008
Pages : 327p., tabl., graph., ann.
L'évolution récente de la gestion des établissements de santé a été à l'origine de deux bouleversements majeurs : - la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), modalité d'allocation budgétaire fondée sur l'analyse de l'activité et la recherche de l'efficience dans la gestion des hôpitaux - la définition d'une "nouvelle gouvernance" développant en particulier la gestion décentralisée au niveau des pôles. Ces nouvelles approches obligent les gestionnaires des établissements publics de santé (EPS) à réfléchir sur les coûts de fonctionnement de leurs établissements et à mettre en oeuvre de nouveaux outils de contrôle de gestion. Ce manuel constitue une aide précieuse pour porter un diagnostic précis sur les performances économiques de tout EPS et/ou de ses pôles. Dans une première partie, l'ouvrage revient sur l'origine de la comptabilité analytique hospitalière puis présente les bases réglementaires et les pratiques actuelles de cette comptabilité. Dans une seconde partie, il décrit l'élaboration des informations analytiques par les établissements hospitaliers en distinguant deux phases : une phase préliminaire avec l'établissement d'une cartographie de l'établissement afin de procéder à l'affectation des charges et des produits déductibles, une phase de calcul des coûts par activité et des coûts par séjour. Enfin, dans la dernière partie, il s'intéresse à la construction de tableaux de bord permettant de favoriser la transparence et l'objectivité des effets des décisions que le responsable hospitalier est amené à prendre : fixation des tarifs, démarche de "benchmarking" fondée sur le tableau coûts/case-mix (TTCM) ou sur la méthode SCALPEL, construction des comptes de résultats analytiques par pôles (CREA).

PELJAK (D.)
L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).
Essentiel.
Bordeaux : Les Etudes hospitalières
2007
Pages : 135p.
L'hôpital est aujourd'hui en pleine mutation : réforme de son organisation avec la mise en place de la nouvelle gouvernance, évolution de ses relations avec les usagers (commission des relations avec les usagers et de la qualité), bouleversement des pratiques professionnelles (accréditation, évaluation des pratiques professionnelles), transformation des systèmes d'information (classification commune des actes médicaux, dossier médical personnel)... Dans ce contexte, la tarification à l'activité (T2A) conduit à un bouleversement de ses modalités de financement. Applicable depuis le 1e janvier 2006, l'état des prévisions

de recettes et de dépenses (EPRD) en constitue désormais le dispositif comptable naturel. Plus qu'un outil, il concrétise une nouvelle philosophie de management des établissements publics de santé. Rédigé dans un style clair et précis, cet ouvrage consacré à l'EPRD des établissements hospitaliers constitue le guide essentiel permettant d'appréhender les nouveaux documents et procédure budgétaires, mais également les mécanismes issus du récent processus de régulation financière des hôpitaux.

Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier. (M.A.I.N.H.). Paris. FRA
Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier. Rapport d'activité 2006-2007.
Paris : MAINH
2007
Pages : 30p., graph.
Rapport d'activité qui fait le bilan de l'accompagnement de la MAINH des programmes nationaux (plan Hôpital 2007, plan Santé Mentale, préparation du plan Hôpital 2012, appui aux programmes SIH, T2A, plan Urgences), développement des outils opérationnels, pilotage et méthode de la mission.

Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Tarification à l'activité et écarts de coûts du travail entre les établissements publics et PSPH.
Paris : Igas
2007/03
Pages : 15p., ann.
Par lettre du 16 mars 2006, le ministre de la santé et des solidarités a chargé l'inspection générale des affaires sociales d'expertiser « les écarts de rémunérations et de charges sociales entre établissements de santé publics et privés antérieurement financés par dotation globale » ; les écarts ayant éventuellement vocation à servir de base à une différenciation des tarifs dans le cadre de la tarification à l'activité. Depuis la mise en place de la tarification à l'activité pour financer ces établissements le 1er janvier 2004, les fédérations des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH) et parmi elles, plus particulièrement la FEHAP, plaident pour un traitement tarifaire différencié, au motif d'un différentiel de charges sociales pesant sur la rémunération de leurs salariés.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000364/0000.pdf

BONNICI (B.)
L'hôpital : obligation de soins, contraintes budgétaires.
Les Etudes de la Documentation française.
Paris : La Documentation française
2007
Pages : 188p.
Depuis quelque trente ans, l'hôpital est au cœur des réformes affectant le système de soins français. Cette place dans les préoccupations des gouvernants est justifiée tant par l'ampleur des missions et des obligations dévolues aux établissements de santé publics et privés que par le poids économique du secteur hospitalier, en termes d'emplois et de dépenses. Les besoins sanitaires croissants et les exigences de résultat exprimées par les malades obligent l'hôpital à se réformer profondément : en effet, son organisation administrative comme son fonctionnement médical et budgétaire sont soumis par la puissance publique à une contrainte économique de plus en plus forte. Les établissements publics, du fait de leur lourdeur, de leur complexité, mais aussi de la crise identitaire qu'ils traversent, répondent avec moins de souplesse d'organisation et de fonctionnement que les établissements privés, à la recherche constante de la productivité et de la rentabilité économique. et cet ouvrage a pour ambition de présenter à un large public l'organisation hospitalière, à l'heure où elle est confrontée à une multiplicité d'enjeux et de défis sanitaires, politiques, économiques, sociaux et démographiques.

http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues-collections/etudes-df/resume/hopital.shtml

BLANC (P.), DENECHERE (A.), VERDIER (A.), DUHAMEL (G.)
Inspection Générale des Finances. (I.G.F.). Paris. FRA, Inspection Générale des Affaires Sociales.(I.G.A.S.). Paris. FRA
Rapport sur les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières : mission d'audit de modernisation.
Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités
2007/04
Pages : 247p.
Le système hospitalier a connu depuis 2004 de profonds bouleversements qui ont eu un impact sur son cadre de financement, d'organisation et de fonctionnement. Malgré l'intérêt qu'ils ont à agir, les établissements de santé rencontrent encore des difficultés à s'engager activement dans une démarche d'amélioration de la performance de leurs processus à un rythme compatible avec les exigences de la gestion publique (gains de productivité, convergence entre établissements). Les ARH ont parfois du mal à jouer le rôle d'aiguillon et de catalyseur attendu d'elles dans la conduite d'un chantier dont les établissements, autonomes, portent au premier chef la responsabilité. Les enjeux de l'audit sont importants, compte tenu du niveau de dépenses hospitalières (63,7 milliards d'euros prévus en 2007). L'audit vise à préciser sous quelle forme et de quelle manière les ARH doivent s'emparer de leur nouvelle mission d'amélioration de l'efficience des établissements de santé, pour que les établissements dégagent des gains d'efficience.
http://www.audits.performance-publique.gouv.fr/bib_res/682.pdf

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). Saint-Denis. FRA
Tarification à l'activité (T2A) et médicaments hors du Groupe Homogène de Séjour (GHS).
Saint-Denis : A.F.S.S.A.P.S.
2007
Pages : 28p., tabl.
Afin d'engager et d'accompagner les établissements de santé dans un processus d'amélioration de la qualité des soins, le décret n°2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, mentionné à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale précise que pour qu'un établissement de santé bénéficie du remboursement intégral des spécialités pharmaceutiques, des produits et des prestations financés hors-GHS, leur utilisation doit être conforme : soit à l'AMM pour les spécialités pharmaceutiques ; soit aux indications retenues sur la LPP (liste des Produits et Prestations), pour les dispositifs médicaux ; soit aux " protocoles thérapeutiques " définis par l'Agence française de sécurité sanitaires des produits de santé (Afssaps), la Haute Autorité de Santé (HAS), ou l'Institut national du cancer (INCa). L'Afssaps, la HAS et l'INCa ont rédigé une méthodologie générale commune d'élaboration des protocoles thérapeutiques des produits de cette liste. Ces référentiels sont en cours d'élaboration et seront ultérieurement mis en ligne sur les sites internet des trois institutions.
http://agmed.sante.gouv.fr/htm/3/t2a/html/indt2a.htm

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA
L'allocation de leurs moyens budgétaires aux établissements de santé pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) : séance du 23 mars 2006.
Paris : HCAAM
2006
Pages : 86p., tabl., 9 ann.
Dans cet avis, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'assurance maladie (HCAAM) est bien conscient que les thèmes abordés tels que les nouvelles procédures d'allocation des moyens budgétaires, ne peuvent être pleinement appréhendés que dans un cadre plus complet qui

étudierait, entre autres, l'articulation entre la politique tarifaire et les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Les établissements de santé ont pour principal objectif de fournir des soins de qualité à tous les patients, et ce quelle que soit la caractéristique de l'établissement choisi (public, privé à but non lucratif, privé à caractère commercial). L'allocation des moyens budgétaires doit contribuer à atteindre cet objectif.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/note_230306.pdf

Conseil de l'Hospitalisation. Paris. FRA
Rapport d'analyse et d'orientation de la politique de financement des établissements de santé.
Paris : Conseil de l'Hospitalisation : 2005/07 : 32p.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/conseil_hospi/rapport_2005.pdf
Ce rapport comporte, pour les deux années précédentes et l'année en cours, une analyse des éléments suivants : la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie en matière d'hospitalisation et des dotations nationales ou régionales, l'activité des établissements de santé, l'évaluation de leurs charges et de leur situation financière, l'impact financier des priorités de santé publique et de l'innovation médicale au regard notamment de l'évolution des pratiques et des techniques médicales, les orientations de la politique salariale et statutaire menée dans le secteur hospitalier, l'estimation des gains d'efficience réalisés et envisageables.

MERCEREAU (F.), BOUTEREAU-TICHET (S.), MAIGNE (G.), GUILLAUME (H.), BERARD (M.), CLAVREUL (G.), SARLAT (G.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA, Inspection Générale des Finances. (I.G.F.). Paris. FRA
Le pilotage des dépenses hospitalières : rapport d'enquête.
Paris : IGAS : 2005/07 : 54p.
http://www.snphar.com/news/stock/Rapport%20IGAS-IGF.pdf
Les ministres des solidarités, de la santé et de la famille, et de l'économie, des finances et de l'industrie ont confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale des finances (IGF) une mission d'enquête portant sur les dépenses hospitalières. Cette enquête a deux objectifs : déterminer et analyser les causes du dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie des établissements de santé sous dotation globale (DG) en 2004 et plus largement, " examiner l'organisation du pilotage, tant au niveau national qu'au niveau régional et local, des dépenses hospitalières ", au sein des services de l'Etat et des organismes de l'assurance maladie, et sous ses différents aspects (réglementation budgétaire et comptable, systèmes d'information ...). Le présent rapport synthétise les constats de la mission concernant le dépassement 2004, puis les modalités actuelles de pilotage des dépenses hospitalières, qui conduisent la mission à formuler des propositions sur deux plans : à très court terme, une stabilisation du dispositif et un contrôle étroit des enveloppes aujourd'hui mal maîtrisées, parallèlement, la redéfinition du schéma cible et la fiabilisation progressive du dispositif. Le détail des travaux réalisés est développé dans quatre annexes, portant respectivement sur le dépassement constaté en 2004, le pilotage national des dépenses hospitalières, sa déclinaison locale (cette annexe reprend les études de cas réalisées par la mission), et la facturation individuelle des séjours.

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Lyon. FRA
Modalités de calcul des tarifs des GHS en 2005, comparaison par rapport à la situation 2004.
Lyon : ATIH
2005/04
Pages : 19p.
La présente note a pour objet de préciser la procédure de calcul des tarifs 2005 des GHS (Groupe homogène de séjours) et autres prestations prévues dans le modèle T2A, et d'expliciter les écarts de modèle (et donc de résultat) par rapport à 2004. Ces éléments

d'informations sont destinés à éclairer l'ensemble des acteurs sur le processus qui a été suivi. L'ampleur des changements intervenus entre 2004 et 2005 rend difficile les comparaisons entre les deux années, mais il est possible d'identifier l'impact de chaque modification. Sont évoqués ici les principes généraux et l'évolution des différentes sous-enveloppes. Les étapes techniques sont détaillées en annexe.
http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100001AFF

ROLLAND (J.M.)
Assemblée Nationale. Commission des Affaires Culturelles Familiales et Sociales. (C.A.C.F.S.). Mission d'Evaluation et de Contrôle des Lois de Financement de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.)
La tarification à l'activité dans les établissements de santé.
Rapport d'information de l'Assemblée Nationale ; 3265
Paris : Assemblée Nationale
2006/07
Pages : 311p.
Ce rapport examine la pertinence des conditions de montée en charge de la tarification des établissements de santé, nouveau mode de financement commun aux secteurs hospitaliers public et privé, et suggère d'accélérer la mise en place des outils de contrôle et d'évaluation de nature à maîtriser les effets financier et organisationnel résultant de la T2A afin d'en assurer la réussite.
http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i3265.pdf

Rapport d'analyse et d'orientation de la politique de financement des établissements de santé.
Paris : Conseil de l'Hospitalisation
2005/07
Pages : 32p.
Ce rapport comporte, pour les deux années précédentes et l'année en cours, une analyse des éléments suivants : la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie en matière d'hospitalisation et des dotations nationales ou régionales, l'activité des établissements de santé, l'évaluation de leurs charges et de leur situation financière, l'impact financier des priorités de santé publique et de l'innovation médicale au regard notamment de l'évolution des pratiques et des techniques médicales, les orientations de la politique salariale et statutaire menée dans le secteur hospitalier, l'estimation des gains d'efficience réalisés et envisageables.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/conseil_hospi/rapport_2005.pdf

VASSELLE (A.)
Sénat. Commission des Affaires Sociales. Paris. FRA
Rapport d'information sur la réforme du financement des établissements de santé.
Paris : Sénat
2006/04
N° : 298
Pages : 55p., 3 ann.
Les établissements de santé occupent une place essentielle dans le système de soins français et près de dix millions de Français ont recours chaque année aux services hospitaliers pour une dépense annuelle supérieure à 60 milliards d'euros. L'hôpital inspire des sentiments contrastés : 85 % des assurés se déclarent satisfaits des services qu'il rend et 81 % ont une bonne opinion du rapport qualité-prix qu'il propose tandis que les personnels médicaux hospitaliers expriment souvent leurs difficultés et leurs insatisfactions. Pourtant, le secteur hospitalier fait rarement l'objet de débats publics. Dans son rapport annuel publié en juillet 2005, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a même évoqué l'opacité qui règne dans le secteur hospitalier tout en précisant qu'" il s'agit plus d'une opacité dans l'exploitation des données que d'une absence réelle d'informations ". Face à ce constat, la

Commission des affaires sociales a souhaité étudier ce sujet, complexe par le nombre de ses aspects et l'importance de ses enjeux. Elle a retenu trois axes d'analyse : la mise en œuvre de la tarification à l'activité, la lutte contre les infections nosocomiales et le contrôle budgétaire et comptable à l'hôpital. Ces travaux, dont le présent rapport constitue le premier volet feront l'objet d'une publication échelonnée tout au long de l'année 2006 (résumé d'auteur).
http://www.senat.fr/rap/r05-298/r05-2981.pdf

MERCEREAU (F.), BOUTEREAU-TICHET (S.), MAIGNE (G.), GUILLAUME (H.), BERARD (M.), CLAVREUL (G.), SARLAT (G.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA, Inspection Générale des Finances. (I.G.F.). Paris. FRA
Le pilotage des dépenses hospitalières : rapport d'enquête.
Paris : IGAS
2005/07
2005-137
Pages : 54p.
Les ministres des solidarités, de la santé et de la famille, et de l'économie, des finances et de l'industrie ont confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale des finances (IGF) une mission d'enquête portant sur les dépenses hospitalières. Cette enquête a deux objectifs : déterminer et analyser les causes du dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie des établissements de santé sous dotation globale (DG) en 2004 et plus largement, " examiner l'organisation du pilotage, tant au niveau national qu'au niveau régional et local, des dépenses hospitalières ", au sein des services de l'Etat et des organismes de l'assurance maladie, et sous ses différents aspects (réglementation budgétaire et comptable, systèmes d'information ...). Le présent rapport synthétise les constats de la mission concernant le dépassement 2004, puis les modalités actuelles de pilotage des dépenses hospitalières, qui conduisent la mission à formuler des propositions sur deux plans : à très court terme, une stabilisation du dispositif et un contrôle étroit des enveloppes aujourd'hui mal maîtrisées, parallèlement, la redéfinition du schéma cible et la fiabilisation progressive du dispositif. Le détail des travaux réalisés est développé dans quatre annexes, portant respectivement sur le dépassement constaté en 2004, le pilotage national des dépenses hospitalières, sa déclinaison locale (cette annexe reprend les études de cas réalisées par la mission), et la facturation individuelle des séjours.
http://www.snphar.com/news/stock/Rapport%20IGAS-IGF.pdf

ABALLEA (P.), BRAS (P.L.), SYEDOUX (S.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé.
Paris : IGAS
2006/01
Pages : 97p.
Par lettre en date du 22 juillet 2005, le ministre de la santé et des solidarités a confié à l'IGAS une mission sur les finalités, les modalités et le calendrier de la convergence entre les tarifs des cliniques et des hôpitaux publics. La première partie du rapport actualise les mesures d'écart tarifaire à partir des données 2004 et 2005. La seconde partie détaille la problématique générale de la convergence public/privé. La troisième partie du rapport liste les facteurs potentiels d'écarts de coûts. Un tableau récapitulatif des recommandations et études proposées est joint en synthèse. La quatrième et dernière partie analyse le pilotage général du dossier des études sur la convergence par la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins).
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000080/0000.pdf

HARDY (J.P.)
Financement et tarification des établissements et services médico-sociaux.

Série Etablissements et services.
Paris : Dunod
2005
Pages : 445p., tabl.
La mise en œuvre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale n'a pas rencontrée de plus forte incompréhension et de plus ferme opposition qu'à l'occasion du décret budgétaire et comptable du 22 octobre 2003. Considéré par certains comme régressif du point de vue des libertés associatives, ce décret renforcerait beaucoup trop les obligations budgétaires et comptables en volume et en technicité, quand il ne conduirait pas purement et simplement, selon d'autres, à une mise sous tutelle des associations par l'administration. Aussi, au-delà d'une présentation complète, méthodique et didactique de la législation et de la réglementation financière dont il est le principal concepteur et rédacteur, Jean-Pierre Hardy nous propose une réflexion libre et critique qui le conduit, pour expliquer le bien-fondé de ce décret, à briser la règle du silence qui règne sur le fonctionnement réel du secteur social et médico-social. Le secteur social et médico-social est à un moment historique de son évolution. S'il veut réussir sa professionnalisation et résister intelligemment à la montée en puissance du néolibéralisme économique de plus en plus hégémonique au niveau européen, il doit impérativement en passer par une réforme de ses pratiques budgétaires et comptables, faute de quoi son implosion bureaucratique entraînera le triomphe des lois du marché. Telle est la conviction qui anime l'auteur et qu'il partage ici avec tous ceux qui ont en charge le fonctionnement financier d'un domaine fondamental de notre démocratie.

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA
Analyse des coûts dans les établissements hospitaliers.
Paris : HCAAM
2004
Pages : 93p., tab., graph.
Dans son rapport du 23 janvier 2004, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie évoquait les difficultés d'analyse et de comparaison des coûts de production hospitaliers (intra-publics, intra-privés, publics-privés) et insistait sur un approfondissement de la question. Ce document rassemble à la fois l'avis paru en juillet 2004 et la note publiée sur l'opacité des coûts des hôpitaux et des cliniques.
http://www.sante.gouv.fr

FESSLER (J.M.), FRUTIGER (P.)
La tarification hospitalière à l'activité : éléments d'un débat nécessaire et propositions.
Gestion des ressources.
Rueil-Malmaison : Editions Lamarre
2003
Pages : 175p., tabl., graph., index
Une réforme du financement des établissements publics de santé, de ceux qui participent au service public et des cliniques privées est prévue en 2004. Les décisions de cette nature sont rares et auront des conséquences importantes les vingt années à venir pour les patients, les professionnels et les citoyens. Cette réforme porte le nom de tarification à l'activité. La nature même des activités hospitalières et l'importance qu'elles peuvent avoir pour chacun devraient permettre d'ouvrir un débat de fond. Le propos de cet ouvrage est de contribuer au débat en procurant au lecteur des éclairages utiles sur ; les conséquences probables des options techniques, l'économie hospitalière, le sens des statistiques.

CAVARD (Christelle), TOUPIN (Marie-Hélène) / collab.
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA
Étude nationale sur le secteur des cliniques privées 2001-2002.

Paris : CNAMTS
2004/09
Pages : 113p., pdf, carte, graph., tabl.
[BDSP. Notice produite par ENSP 0R0xdstW. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude nationale a pour objet de dresser un état des lieux de la situation médico-économique et financière des établissements de santé privés. Elle porte sur la période 2001-2002 et sur une population de 796 entités pour l'année 2001 et 721 entités en 2002. Par rapport à la précédente étude (1998-2000), le champ d'analyse a été étendu au secteur des soins de suite (SSR) ainsi qu'à celui de la psychiatrie (PSY). Toutes les données traitées sont issues du logiciel STEFIE développé par la CNAMTS et reconnu par les représentants des établissements et du ministère. Les résultats présentés dans ce document font apparaître une croissance soutenue du chiffre d'affaires en 2002, notamment pour le secteur "MCO et autres" qui enregistre une progression de son CA de 17,6%. Cette augmentation du CA ne semble pas liée à l'effet volume, la hausse de l'activité étant restée stable pour l'ensemble des groupes, mais à deux phénomènes successifs : - la revalorisation annuelle des tarifs considérée comme la plus forte depuis les cinq dernières années avec un taux moyen d'évolution des tarifs de 3,93% - les subventions d'exploitations perçues par les cliniques au titre du fonds pour la modernisation des cliniques privées. Une situation plus favorable a été observée dans les établissements SSR et PSY au niveau des principaux indicateurs financiers : fonds de roulement, endettement, rentabilité financière, rentabilité des capitaux propres. On retiendra également une forte progression des charges du personnel (mise en place de la convention collective unique) et une insuffisance de l'investissement au regard des taux de vétusté constatés.

GROLIER (J.), PERARD (Y.), PEYRET (P.)
La comptabilité analytique hospitalière médicalisée.
Rennes : Editions ENSP
2002
Pages : 390p., tabl.
La nécessaire maîtrise de l'évolution des dépenses de santé implique que soient définis des repères concernant les coûts de l'hospitalisation afin que le gestionnaire d'établissement sanitaire et social n'ait plus à " naviguer à vue " et que soit facilitée une comparaison tant au niveau régional qu'au niveau national. On parle là de benchmarking ou encore de " concurrence par comparaison ". Les établissements, ne se trouvant pas de fait en situation de concurrence géographique réelle, sont mis en concurrence par rapport à un prix théorique résultant de la tendance centrale d'observations d'établissements considérés comme représentatifs. Cette démarche est indispensable tant au niveau macroéconomique qu'au niveau microéconomique :- au niveau macroéconomique, elle permet d'estimer des paramètres sur lesquels pourra être fondée la réaffectation des moyens ; - au niveau microéconomique, elle facilite la compréhension de la formation des coûts, facilite le nécessaire dialogue entre le gestionnaire et le médecin et permet d'optimiser l'utilisation de fonds publics. Pour cela, il convient de construire l'analyse des coûts et des quantités des facteurs utilisés dans la production de l'activité hospitalière. C'est une démarche de comptabilité de gestion telle qu'elle est décrite dans les guides méthodologiques de comptabilité analytique hospitalière, démarche qui se doit d'être prolongée par une analyse comparative de l'établissement par rapport à la base nationale maintenant régulièrement mise à jour par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Il est proposé, dans cet ouvrage, tout d'abord de repositionner la comptabilité analytique hospitalière dans son contexte historique afin de montrer comment les outils de la comptabilité analytique d'entreprise ont pu servir de fondement à la démarche hospitalière (1). Il sera alors possible de présenter la démarche analytique à mettre en œuvre par les établissements hospitaliers (2), puis de confronter les coûts constatés par l'établissement avec ceux de la référence nationale telle qu'elle résulte de l'étude nationale des coûts : cette approche sera développée dans le cadre d'une démarche originale d'analyse de la structure des coûts analytiques liés aux processus en estimation linéaire (SCALPEL) (3).

BONAN (H.), DARNIS (J.P.), CHADELAT (J.F.), SCHECHTER (F.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Mission d'évaluation de la politique de péréquation des dotations régionalisées de dépenses hospitalières.
Paris : IGAS
2001/07
Pages : 84p., tabl., graph.
Dans ce rapport l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) évalue la pertinence des méthodes de répartition de la dotation hospitalière entre les régions.

NOGUES (M.)
Gestion hospitalière et régulation des dépenses de santé.
Médecine et société.
Paris : Presses Univesitaires de France
2001
Pages : 127p.
Cet ouvrage fait, tout d'abord, une description sans concession de l'organisation du système de soins français, ce qui permet de mesurer le poids des inégalités et d'apprécier l'efficacité du verrouillage dû à l'opacité générale du système. La recherche de la performance, médicale d'abord, mais aussi sociale et finalement financière, du système de soins - y compris sa prise en charge -, exige la transparence du financement, de la production des prestations sanitaires, de la qualité et de l'utilité de ces dernières. Le combat pour la réforme ne doit pas être délaissé.

HENRIET (D.), MOSCHETTI (K.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
La tarification à la pathologie.
Paris : Ministère chargé de la Santé
2000
Pages : 30p.
L'article 55 de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle dispose que « le Gouvernement pourra expérimenter, à compter du 1er janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie ». La tarification à la pathologie entre dans le cadre de cette expérimentation. Ce dossier, en ligne sur le site du Ministère de la santé (http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pathologie/patho1.htm), vise deux objectifs principaux : assurer une information générale sur la tarification à la pathologie et sur le déroulement de l'expérimentation, et permettre une expression aussi large que possible sur la tarification à la pathologie et l'expérimentation. Pour éclairer le lecteur sur ce qu'est la tarification à la pathologie, ce dossier rappelle tout d'abord le contexte, les objectifs et les principaux éléments de problématique d'une nouvelle réforme du système de tarification des établissements de santé publics ou privés. Puis les éléments qui suivent sont destinés à présenter d'un point de vue théorique les principes de ce mode de tarification, en insistant sur les conditions qui fondent sa validité, les limites auxquelles il peut se heurter et les risques auxquels le système de santé peut se trouver confronter du fait de sa mise en oeuvre. La tarification à la pathologie étant déjà en vigueur aux Etats-Unis dans le cadre de Medicare et des HMO, on peut déjà tirer une analyse des effets négatifs et positifs relevés dans ce pays. Ainsi, la tarification à la pathologie constitue une modification profonde des règles de financement des établissements de santé. Une expérimentation semble donc nécessaire. Un telle réforme exige l'ouverture de différents chantiers complexes. Les textes qui suivent présente les axes de ces chantiers, les instances de l'expérimentation, la composition du comité de pilotage (COPIL), puis les relevés de conclusions des séances du 26 janvier et du 6 mars 2000.

http://www.sante.gouv.fr

MATHY (C.)
La régulation hospitalière.
Paris : Médica Editions (Economica)
2000
Pages : 282p.
Cote Irdes : A2257
Cet ouvrage porte sur la régulation du système hospitalier français et vise à replacer les questions que pose cette régulation dans l'ensemble des théories économiques susceptibles d'en rendre compte. Plus précisément, cet ouvrage s'ouvre sur une analyse des politiques hospitalières antérieures à celle d'aujourd'hui où la régulation hospitalière rélève à la fois d'une logique planificatrice et d'une logique marchande, sans réelle articulation.

Le budget de l'hôpital.
Objectifs en management hospitalier.
Paris : Masson
1999
Pages : 178p., tabl., index, ann.
Depuis la réforme de 1996, les médecins et cadres hospitaliers sont associés à la gestion de l'hôpital, par la mise en place de dispositifs de délégation de gestion innovants. Cet ouvrage leur propose de se familiariser avec l'évolution de l'organisation hospitalière et de la gestion des établissements. Les notions fondamentales de déconcentration, de contractualisation et de délégation sont précisées ainsi que les principes de la double réforme de 1991 et de 1996. S'appuyant sur des exemples concrets, il donne une analyse du budget poste par poste, décrit les secteurs d'investissement et d'exploitation, insiste sur la modernisation de la gestion hospitalière. En annexe, divers tableaux complètent, chiffres à l'appui, ces éléments de gestion.

GROLIER (J.)
Le financement des hôpitaux publics.
Rennes : ENSP
1998
Pages : 216p., tabl., graph.
Cet ouvrage étudie l'évolution du financement des établissements hospitaliers publics au cours des trente dernières années. Il procède notamment à un examen sans concession du « plan Juppé » et des mécanismes qu'il introduit. S'inspirant des critiques récentes de la théorie économique classique, l'approche retenue repose sur l'observation du comportement des responsables hospitaliers. Elle vise à formuler des propositions opérationnelles optimisant l'utilisation des financements sans remettre en question les protocoles médicaux en place.

MERLIERE (Y.), KIEFFER (R.)
Le contrôle de gestion de l'hôpital.
Collection Evaluation et Statistique.
Paris : Masson
1997
Pages : 260p., tabl., ann.
La réforme de l'hospitalisation publique et privée donne un nouveau cadre à la régulation du système hospitalier portant à la fois sur les procédures internes de gestion et sur les procédures d'évaluation, qu'il s'agisse de la satisfaction des usagers ou de la qualité et de la sécurité des soins. Une telle gestion implique la pertinence d'une démarche systématique d'évaluation des coûts et de la mesure de l'efficacité des services. Le but de cet ouvrage est de présenter les règles de mise en place d'un système cohérent de contrôle et d'aide à la décision correspondant à des situations actuelles dans le système hospitalier français. La

première partie donne les principes généraux du fonctionnement d'un service de contrôle de gestion : sa vocation, son rôle, ses tâches (la collecte des informations, l'exploitation des données recueillies et la publication des résultats) et sa finalité, c'est-à-dire sa participation à la gestion des grandes fonctions par la mesure d'indicateurs de coût et d'activité. La deuxième partie est consacrée aux outils du contrôle de gestion propres aux exigences de la gestion financière hospitalière : les indicateurs utilisés, les systèmes d'information, les outils d'analyse, la communication des résultats.

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction des Hôpitaux. (D.H.). Paris. FRA
Manuel pour un diagnostic des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant au service public hospitalier par les services déconcentrés.
Paris : M.S.S.P.S.
1996/02
Pages : 79p., tabl.
Ce manuel est le produit d'un groupe de travail pluridisciplinaire. Destiné à servir de guide méthodologique pour un diagnostic des établissements publics de santé et des établissements privés PSPH, il traduit bien, dans sa conception et son architecture, l'évolution récente de l'exercice de la tutelle. Ce guide répond à deux préoccupations essentielles, d'une part situer l'hôpital à l'intérieur même de l'ensemble du système de soins régional, d'autre part essayer de tracer les grandes lignes de son développement futur, en ce qui concerne aussi bien sa gestion budgétaire et financière que son fonctionnement médical. Ce guide permet d'aborder la gestion de l'hôpital dans toute sa diversité et sa complexité. Il offre ainsi aux services de tutelle le cadre véritable de leur action.

BARZIC (J.G.), DELNATTE (J.C.), GROLIER (J.), HARDY (J.P.), LAURIER (M.)
Analyse et gestion financières des établissements sanitaires et sociaux privés.
Rennes : Editions ENSP
1995
Pages : 407p., graph., tabl.
Le présent ouvrage se donne pour objectif de proposer une méthode d'analyse de la situation financière des établissements sanitaires et sociaux privés et de fournir les outils permettant de mettre en oeuvre une gestion prévisionnelle à court, moyen et long terme. Les auteurs s'efforcent de démontrer que les outils qui ont fait leurs preuves dans le secteur marchand peuvent être adaptés et utilisés par des institutions à but non lucratif en vue d'optimiser l'utilisation des fonds publics mis à leur disposition. Le document est structuré en quatre parties : l'information comptable et financière, l'analyse et le diagnostic financiers, la gestion financière à moyen et long terme, la gestion de trésorerie. La dernière partie s'attache à décrire sous forme synthétique les outils utilisés pour ces analyses et leurs relations.

VIVIES (J.), PICARD (S.)
Inspection Générale des Affaires sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Contribution à l'étude de la tarification des établissements privés d'hospitalisation.
Paris : IGAS
1995/07
Pages : 42p., ann.
Ce rapport présente tout d'abord le système de tarification à l'hôpital privé : législation et principaux tarifs. Il propose ensuite des réformes d'aménagement progressif des tarifications existantes relatives aux forfait de salle d'opération (FSO), aux prix des journées et aux forfaits de pharmacie.

DRIVET (R.), PREVOST (G.), ROJOUAN (Y.)
Analyse et gestion financière à l'hôpital.

Levallois-Perret : Nouvelles Editions Financières
1994
Pages : 250p.
Cote Irdes : A1480
L'hôpital, public ou privé, est à bien des égards une institution originale dont les particularités conditionnent la façon dont sont gérées ses finances. Le cadre économique dans lequel il évolue, sa mission de service public, son système d'information, ses sources de financement, son organisation comptable, lui confèrent une situation tout à fait singulière par rapport à l'entreprise de nature commerciale. Il est cependant confronté à une même réalité financière puisqu'il se trouve au coeur d'un processus complexe de flux physiques, économiques ou monétaires. Son rôle dans l'économie locale peut être considérable et il pèse sur lui une réelle contrainte de solidarité. Les auteurs, tous trois spécialisés dans la gestion en milieu hospitalier, présentent une démarche cohérente conduisant du diagnostic de situation au plan de financement d'un projet d'établissement. Les instruments qu'ils proposent enrichissent les techniques gestionnaires et constituent un apport original à la pratique financière dans le secteur sanitaire (Résumé d'auteur).

ALGLAVE (F.)
Hôpitaux, cliniques : génération management
Paris : édition Lamarre
1993
Pages : 295 p.
L'hôpital coûte trop cher. Les structures hospitalières sont trop lourdes. Confrontés à une logique économique et à une concurrence de plus de plus vive aux plans régional et international, hôpitaux et cliniques doivent s'adapter ou disparaître. Il importe donc de s'interroger sur la crise que traverse le monde de la santé. Dans ce livre, Francis Alglave propose une nouvelle dynamique professionnelle. Après avoir analysé les problématiques des systèmes de soins en France, il propose de nouvelles techniques de management qui peuvent s'appliquer aux hôpitaux et cliniques. Fort de son expérience, il encourage la motivation du personnel hospitalier en le responsabilisant et en lui donnant l'initiative. D'une grande pertinence, l'ouvrage s'adresse, avec humour et sérieux, à tous ceux qui, cadres infirmiers, infirmières, médecins ou gestionnaires d'établissement ont un pouvoir d'influence sur l'avenir de ces organisations sanitaires et sociales (4ème de couverture).

RAOULT (N.)
Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier
Paris : L'Harmattan
1991
Pages : 285 p.
Face aux tendances actuelles d'évolution de l'hôpital, ce document, fruit d'une collaboration étroite avec la Direction des Hôpitaux et des représentants des établissements hospitaliers, propose diverses expériences d'introduction de la gestion prévisionnelle et préventive des Emplois et des Compétences à l'hôpital : changement dans les prévisions des besoins d'emploi, dans la définition de moyens adaptés, changement dans la gestion des ressources humaines, dans la gestion des compétences et l'organisation du travail.

FRUTIGER (P.), FESSLER (J.M.)
La gestion hospitalière médicalisée
Gérer la santé
Paris : E.S.F.
1991
Pages : 570 p., graph., fig.
La recherche d'une prise en charge optimale des patients, l'évaluation de l'action et la prévision des impacts économiques des décisions stratégiques médicales et administratives

à l'hôpital deviennent un métier de professionnel. Cet ouvrage propose des éléments de gestion hospitalière médicalisée, rapprochant médecins, infirmières et administrateurs. Il concerne l'ensemble des partenaires de l'hôpital.

Articles

Tarification à l'activité et réadmission.
YILMAZ (E.),VUAGNAT (A.)
S18
ECONOMIE ET STATISTIQUE, n°475-476, 2015/04
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475E.pdf
De nombreux pays de l'OCDE ont introduit des systèmes de paiement à l'activité pour financer leurs établissements de santé. La France a ainsi adopté en 2004 la réforme dite de « tarification à l'activité » (T2A) afin d'inciter ces établissements à davantage d'efficience. La mise en place de cette réforme a surtout intégré jusqu'ici l'impératif économique comme première préoccupation. Toutefois, pour le régulateur, il est important de suivre les effets de cette réforme sous l'angle de la qualité des soins. Une mesure de la qualité des prises en charge peut être appréhendée par le taux de réadmission à trente jours. L'objet de cette étude est de s'intéresser à la réadmission à la fois sur la période qui précède la T2A et sur la période faisant suite à sa mise en place. La période d'étude s'étend de 2002 à 2012. À partir des données du Programme médicalisé du système d'informations (PMSI), pour chaque séjour chirurgical, la réadmission à trente jours après la sortie est déterminée au moyen du chaînage PMSI, sous réserve que ces réadmissions ne soient ni des séances de traitements ni de la néonatalogie. La probabilité de réadmission est modélisée à l'aide d'une régression logistique multiple comprenant les cofacteurs suivants : année, âge, sexe, mode d'entrée, durée de séjour, morbidité, statut juridique de l'établissement ainsi que des termes d'interactions. Les résultats mettent en avant une augmentation du risque de réadmission observé au niveau global, mais qui s'explique par une modification de la structure de la population (vieillissement) ainsi que par les modifications de prise en charge. Cette hausse des réadmissions ne s'explique pas par la mise en place de la T2A (résumé d'auteur).

Concurrence par comparaison et transformations quasi-marchandes.
JUVEN (P.A.)
En ligne
REVUE DE LA REGULATION, n°17, 2015/01-06
In : Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire : dossier thématique.
http://regulation.revues.org/11063
En instaurant, à partir des années 1980, un calcul des coûts puis, au début des années 2000, une tarification hospitalière, les réformateurs français ont explicitement cherché à traduire dans les faits le principe dit de « concurrence par comparaison ». Nous montrons ici comment les régulateurs ont tenté d'incarner dans le calcul des coûts puis dans la tarification cette conception quasi-marchande, prise entre une conception libérale et une conception technocratique de la régulation hospitalière et en quoi ce mécanisme consiste. L'instauration de cette concurrence par comparaison suppose plus précisément une mise en équivalence du secteur public et du secteur privé afin de les rendre précisément « comparables » ce qui ne va pas sans poser certains problèmes quant à leur commensurabilité.

Des écarts de tarifs inacceptables à l'hôpital public.
N'SONDE (V.)
60 MILLIONS DE CONSOMMATEURS, n°494, 2014/06
Pour le même soin et la même durée de séjour, une hospitalisation sera facturée plus ou moins cher d'un établissement hospitalier à l'autre. Ces résultats proviennent d'une enquête réalisée par l'Observatoire Citoyen de 60 Millions de consommateurs en France. La plupart

du temps, cette tarification n'affecte pas le budget des ménages qui bénéficient d'une couverture complémentaire. La facture moyenne pour une hospitalisation se monte à 511 € avant prise en charge par la complémentaire santé et à 26 € après. Le reste à charge varie fortement selon le type de soins et l'établissement et est "imprévisible". Dans le cas d'un acte lourd (opération chirurgicale...), le ticket modérateur sur les soins est forfaitisé à 18 €, sinon, il représente 20% d'un tarif spécifique à chaque établissement, allant de 358,83 € par jour au centre hospitalier de Nogent-le-Rotrou en Eure-et-Loir à 2.230 € à Lunéville en Meurthe-et-Moselle, détaillent Les Echos. La chambre individuelle est facturée en moyenne 68 € par jour dans les cliniques et 46 € dans les hôpitaux. S'y ajoutent le forfait journalier de 18 € et les dépassements d'honoraires de certains professionnels de santé. 5,2 % des dépenses hospitalières sont remboursées par les complémentaires, contre 3,6% en 2000.

Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments.
OR (Z.)
R1942
HEALTH POLICY, vol. 117 n°2, 2014/06
http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510(14)00135-3/pdf
In France, a DRG-based payment system was introduced in 2004/2005 for funding acute services in all hospitals with the objectives of improving hospital efficiency, transparency and fairness in payments to public and private hospitals. Despite the initial consensus on the necessity of the reform, providers have become increasingly critical of the system because of the problems encountered during the implementation. In 2012 the government announced its intention to modify the payment model to better deal with its adverse effects. The paper reports on the issues raised by the DRG-based payment in the French hospital sector and provides an overview of the main problems with the French DRG payment model. It also summarises the evidence on its impact and presents recent developments for reforming the current model. DRG-based payment addressed some of the chronic problems inherent in the French hospital market and improved accountability and productivity of health-care facilities. However, it has also created new problems for controlling hospital activity and ensuring that care provided is medically appropriate. In order to alter its adverse effects the French DRG model needs to better align greater efficiency with the objectives of better quality and effectiveness of care.

T2A, évolution de l'activité et de la productivité hospitalières.
MOISDON (Jean-Claude),NISAND (Gabriel),et al.
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°556, 2014/01/01
[BDSP. Notice produite par EHESP R0xGrHlj. Diffusion soumise à autorisation].
L'augmentation de l'activité est un des impacts communément admis de la T2A. Le dynamisme du secteur ex-dotation globale est probant, et ce dans un très large spectre d'activités. A ce titre, la T2A atteint un de ses objectifs : la suppression du carcan imposé par le budget global, qui n'incitait nullement à augmenter l'activité et générait des comportements d'autolimitation. Mais la complexité et l'opacité de construction du modèle T2A, ainsi que l'instabilité du mode de financement, ne sont pas sans conséquence sur la gestion et l'organisation des établissements.

De la T2A à HPST : quelle contribution du contrôle de gestion au pilotage de la performance ? Etude de cas d'un CHU.
DOS SANTOS (C.),MOUSLI (M.),RANDRIAMIARANA (J.)
C, P85
JOURNAL DE GESTION ET D'ECONOMIE MEDICALES, vol. 32 n°4, 2014
[BDSP. Notice produite par ORSRA sHR0xB77. Diffusion soumise à autorisation]. Les différentes réformes de l'hôpital public ces dernières années ont modifié aussi bien la perception de la notion de performance que la logique de fixation et de mise en oeuvre des objectifs opérationnels. Attendu que la littérature portant sur l'évolution du contrôle de

gestion des établissements hospitaliers a abordé les changements de paradigmes principalement
sous l'angle à la fois systémique et instrumental, l'article cherchera à la comprendre également du point de vue de ses missions et du rôle des contrôleurs. Il s'articule autour d'une enquête conduite dans un centre hospitalier universitaire. Les résultats soulignent les changements de finalités de la fonction contrôle de gestion autour d'une organisation et de rôles spécifiques de dimension cybernétique plus idoines à l'exercice d'une fonction de pilotage de la performance. Cependant, l'aide à la mise en oeuvre des objectifs semble mal assumée par le contrôle de gestion, en particulier en raison de l'absence d'outils soulignant l'importance du rôle attribué aux contrôleurs dans leur relation avec les chefs de pôles. (résumé auteur).

Diagnosis-related groups in Europe : moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals ?
BUSSE (R.),GEISSLER (A.),AAVIKSOO (A.),COTS (F.),HAKKINEN (U.),KOBEL (C.),MATEUS (C.),OR (Z.),O'REILLY (J.),SERDEN (L.),STREET (A.),SWAN TAN (S.),QUENTIN (W.)
C, R1924
BRITISH MEDICAL JOURNAL, vol. En ligne n°, 2013/06/07

Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A.
BONASTRE (J.), JOURNEAU (F.), NESTRIGUE (C.), OR (Z.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
QES 186
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES), n°186, 2013/04
http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes186.pdf
Introduite en 2004-2005, la tarification à l'activité (T2A) permet de financer l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés afin d'améliorer l'efficience des établissements de santé et du secteur hospitalier. Pour autant, le suivi de l'impact de la T2A sur l'évolution de l'activité, de la productivité hospitalière et de la qualité des soins restait partiel à ce jour. Cette étude fournit de nouvelles données et analyses quantitatives permettant de répondre à différentes questions : la mise en place de la T2A a-t-elle permis d'accroître la productivité ? La structure de la production a-t-elle été modifiée ? Comment la qualité des soins a-t-elle évolué ?

Dotation annuelle de financement par secteur : répartition sur la base d'indicateurs géopopulationnels.
BREULS DE TIECKEN (L.)
P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°553, page(s) 38-41, 2013/07-08
L'objectif de cet article est de proposer un indicateur pour mesurer la demande potentielle de soins en santé mentale : in indicateur agrégé, qui peut constituer la clé de répartition de la dotation globale par secteur.

Retour d'expérience. La T2A, un levier pour les coopérations sanitaires ? Plaidoyer pour une modélisation économique.
CHAUCHAT (Aymeric)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°523, 2013/02
In : Séminaire. Chaire management des établissements de santé EHESP-IDM. Coopération hospitalière. Articuler stratégie d'établissement/optimum global.
[BDSP. Notice produite par EHESP sR0xEp7J. Diffusion soumise à autorisation]. La tarification à l'activité (T2A) est parfois perçue comme un frein au développement des coopérations sanitaires entre des établissements de santé mis en concurrence pour l'attractivité des professionnels et des patients. Certaines modalités économiques des

coopérations intégrant la notion de valeur productive permettent toutefois de sortir du dilemme de la "coopétition" entre établissements. La T2A peut ainsi s'avérer être un véritable levier de reconfiguration de l'offre hospitalière à l'échelle d'un territoire de santé et de conquête de marchés nouveaux. L'expérience menée entre plusieurs établissements publics de la région Nord/Pas-de-Calais contribue à alimenter la réflexion.

Du séjour au parcours. Les fondamentaux de la gestion des flux.
CREMADEZ (Michel), BICHIER (Edouard)
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°547, 2012/07-08
[BDSP. Notice produite par EHESP F9nR0xHA. Diffusion soumise à autorisation]. Organiser le passage du séjour au parcours de soins suppose un changement profond de perspective. Après avoir dressé l'état des lieux et identifié les obstacles (numéro précédent), les auteurs posent ici les fondamentaux de la gestion des flux : vision partagée de l'objectif à atteindre, abord coordonné de l'amont et de l'aval, communication et ressources humaines rénovées, système d'information interopérables., l'ensemble devant aboutir à une meilleure continuité de prise en charge. (intr.).

En attendant la T2A en SSR.
DEVAILLY (Jean-Pascal), JOSSE (Laurence)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°516, 2012/05
In : Dossier. Le changement.
[BDSP. Notice produite par EHESP 9msR0xEF. Diffusion soumise à autorisation]. Les soins de suite et de réadaptation (SSR), entité administrative créé en 1991 recouvrant le secteur des soins post-aigus en France, forme une mosaïque d'activités de soins englobant des populations beaucoup plus vastes que dans la plupart des pays étrangers comparables. Après la réforme en 2008 des autorisations SSR qui a entraîné la suppression de la distinction entre le secteur de la "rééducation fonctionnelle" et celui des soins de suite et dans l'attente d'une future tarification à l'activité, les questions relatives à l'organisation et au financement de ce secteur deviennent de plus en plus pressantes. Evoquant les modèles étrangers (USA, Canada.), les auteurs posent les termes du débat autour d'un nouveau modèle de financement de la réadaptation.

Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S). Paris. FRA
Ressources humaines (RH) et tarification à l'activité (T2A) : entretiens entre des membre des directions des hôpitaux.
DINU GEORGHIU (Mihai), GUILLEMOT (Danièle), MOATTY (Frédéric)
C, S35/2
SERIE ETUDES ET RECHERCHES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES, n°121, 2012/08
In : Ressources humaines (RH) et tarification à l'activité (T2A) : entretiens entre des membre des directions des hôpitaux.
http://www.drees.sante.gouv.fr/serie-etudes-et-recherche,751.html
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE nljI7R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le secteur hospitalier, de même que d'autres secteurs d'activité, connaît actuellement des transformations importantes suite aux changements organisationnels et aux évolutions de l'environnement des établissements de santé. La tarification à l'activité (T2A), considérée comme la principale réforme des dernières années, est aussi l'une de celles qui divise le plus les professionnels de santé. Si l'intérêt de la réforme est reconnu par un grand nombre de ces professionnels, les conditions de passage de la dotation globale au financement à l'activité, le nouveau rapport défini par la réforme entre le secteur public et le secteur privé, les inégalités budgétaires entre les hôpitaux, la pertinence des critères de classification ou d'évaluation des actes médicaux et des établissements, ou bien la lisibilité de certaines orientations de la réforme font débat. Enfin, l'évolution des compétences et des ressources

humaines qui vont de pair avec la mise en oeuvre de la T2A constitue un thème d'interrogation majeur.

BONNICI (B.)
L'hôpital après la loi du 21 juillet 2009.
La santé, quel bilan ?
CAHIERS FRANCAIS
2012/07-08
N°: 369 : Pages : 23-30
Les établissements hospitaliers ont connu une réforme de grande ampleur avec la loi du 21 juillet 2009. Elle a instauré une nouvelle gouvernance caractérisée par les pouvoirs importants conférés aux directeurs des hôpitaux et aux directoires dont ils assument la présidence. Chaque établissement est divisé en plusieurs pôles, la bonne maîtrise de leur pilotage conditionnant le respect des objectifs médico-économiques fixés. Les hôpitaux ont adopté une tarification à l'activité – la T2A – destinée à autoriser leurs dépenses sur la base de leurs recettes et ils développent entre eux une coopération en constituant des réseaux. Dotées de moyens importants, les agences régionales de santé ont notamment pour mission de contrôler leurs activités.

GAGNA (Emile)
Perspectives économiques et financières.
Dossier. Rencontres financières des décideurs de la santé. Dexia 2011.
GESTIONS HOSPITALIERES
2011/06-07
N°: 507 Pages : 394-397
[BDSP. Notice produite par EHESP l9nR0x7A. Diffusion soumise à autorisation]. L'article propose un retour en arrière sur la crise économique qui a débuté en 2008. Sont évoqués le tremblement de terre au Japon et la hausse du prix du pétrole. Les conséquences, dont principalement la dette au regard des perspectives économiques, de l'aide envisagée aux États-Unis et dans la zone euro sont l'objet de l'analyse de l'auteur.

LEBRUN (Louis)
Place de la qualité dans un modèle T2A : un levier de management ?
Quel financement pour l'hôpital public ?
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2011/11-12
N°: 543 Pages : 38-44
[BDSP. Notice produite par EHESP sJR0xkGC. Diffusion soumise à autorisation]. La tarification à l'activité permet, en principe, de rémunérer davantage les établissements de court séjour qui ont plus de séjours ou des malades plus lourds. Mais volume et lourdeur ne sont pas nécessairement corrélés à qualité des soins ou des organisations. Dans un environnement concurrentiel ouvert, les établissements hospitaliers publics visent à concilier pérennité de leurs valeurs et missions au service de la population d'une part, et modèle économique à l'équilibre d'autre part ; cela nécessite de s'attacher à la qualité (et en particulier celle de l'accueil) pour inciter les patients à venir s'y faire soigner et les professionnels à venir y exercer ou à y adresser "leurs" malades. Telle est la démarche suivie notamment par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, qui conduit des projets d'évolution des pratiques sous-tendus par l'amélioration de la qualité dans un contexte de contrainte budgétaire et tarifaire. (R.A.).

GAUBERT (Yves)
Hôpitaux et cliniques : quelle équité de financement en 2012 ?
Quel financement pour l'hôpital public ?
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2011/11-12

N° 543 Pages : 32-33
[BDSP. Notice produite par EHESP R0x9BIF7. Diffusion soumise à autorisation]. Chiffres à l'appui, la Fédération Hospitalière de France dénonce la politique en faveur des cliniques privées menée par le Ministère de la santé et appelle à l'arrêt définitif de la convergence tarifaire entre hôpitaux publics et cliniques.

LAUDE (L.), PEYRET (P.)
T2A et contrôle de gestion ou l'art de la mesure.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2011
Vol : 29 : n°: 4 Pages : 141-153
[BDSP. Notice produite par ORSRA 7kIR0xsH. Diffusion soumise à autorisation]. La mise en place en 2004 d'une tarification à l'activité (T2A) a marqué une nouvelle étape qui interroge le chercheur et les utilisateurs sur au moins 2 points : Comment les politiques publiques construisent-elles des capacités d'actions spécifiques pour les acteurs de terrain ? Comme tous les systèmes de mesure, ceux qui rendent compte de l'activité et du pilotage financier ne sont pas neutres ; comment dès lors sont-ils mis en oeuvre et divergent-ils par rapport à leurs principes initiaux ? Les auteurs s'appuient pour répondre à ces questions sur la réforme du financement des établissements de santé pour proposer quelques pistes de réflexion sur les outils de mesure et leurs impacts à partir de l'exemple de la mise en oeuvre de la tarification à l'activité et de la comptabilité analytique dans les établissements de santé.

GIBELIN (J.L.), POLLET (K.), VASLET (J.C.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Quelle politique et financement alternatifs pour l'hôpital public aujourd'hui et demain ? Actes du séminaire.
CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)
2011/09
Pages : 86-96
Ce dossier présente, en trois articles, les actes du séminaire : Quelle politique et quel financement alternatifs pour l'hôpital public aujourd'hui et demain, que C. Mills anime avec la Fondation Gabriel Péri. Les thémes abordés sont les suivants : Les partenariats public/privé, une mauvaise solution pour les hôpitaux, un cadeau pour le patronat ; Loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) : la fin de l'hôpital public ; Les restructurations dans la fonction publique hospitalière : le travail au coeur des enjeux.

DEMBINSKI (O.), BELART (T.)
Les outils de gestion en psychiatrie : la mise en oeuvre du RIM-P.
Les politiques de psychiatrie et santé mentale en Europe. Incertitudes et perspectives.
SOCIOLOGIE SANTE
2011
Vol : : n°: 34 Numéro spécial : : Pages : 89-116
Cet article examine le processus d'institutionnalisation d'une expertise gestionnaire en santé à travers la création d'agences sanitaires et la mise en oeuvre d'un système d'information en psychiatrie (le RIM-P). En reconstituant la genèse d'une expertise médico-économique en santé, il montre comment la psychiatrie est peu à peu investie par cette nouvelle régulation ainsi que les conditions de sa mise en oeuvre. Il montre comment une hybridation entre connaissance médicale et gestionnaire constitue un préalable indispensable à la mise en oeuvre du RIM-MP. Puis, à partir d'une observation participante réalisée dans trois établissements publics de santé mentale, il rend compte des usages de ce système d'information standardisé. Il révèle des situations très diversifiées selon les établissements et liées notamment à leur capacité à mettre en place une technostructure dont la légitimité repose sur la maîtrise de dispositifs de gestion complexes dédiés à la coordination et au contrôle.

O'REILLY (J.), BUSSE (R.), HAKKINEN (U.), OR (Z.) et al.
Payer pour les soins hospitaliers : l'expérience de la tarification à l'activité mise en place dans cinq pays européens.
Paying for hospital care : the experience with implementing activity-based funding in five European countries.
HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW
2012/01
Vol : 7 : n°: 1 Numéro spécial : : Pages : 73-101
Following the US experience, activity-based funding has become the most common mechanism for reimbursing hospitals in Europe. Focusing on five European countries (England, Finland, France, Germany and Ireland), this paper reviews the motivation for introducing activity-based funding, together with the empirical evidence available to assess the impact of implementation. Despite differences in the prevailing approaches to reimbursement, the five countries shared several common objectives, albeit with different emphasis, in moving to activity-based funding during the 1990s and 2000s. These include increasing efficiency, improving quality of care and enhancing transparency. There is substantial cross-country variation in how activity-based funding has been implemented and developed. In Finland and Ireland, for instance, activity-based funding is principally used to determine hospital budgets, whereas the models adopted in the other three countries are more similar to the US approach. Assessing the impact of activity-based funding is complicated by a shortage of rigorous empirical evaluations. What evidence is currently available, though, suggests that the introduction of activity-based funding has been associated with an increase in activity, a decline in length of stay and/or a reduction in the rate of growth in hospital expenditure in most of the countries under consideration.

CASH (Roland), CASH (Evelyne), DUPILET (Catherine)
Étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires : rapport final.
SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2011/07
Pages : 249p., tabl., graph.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE mB9CR0xp. Diffusion soumise à autorisation]. La tarification à l'activité (T2A) permet en théorie d'orienter l'activité des établissements de santé en agissant sur les tarifs. Par ce biais, le ministère en charge de la santé a ainsi cherché à favoriser des modes de prise en charge des patients jugés efficients. Pour évaluer l'efficacité de ces politiques, la DREES a lancé en 2010 une étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires dans les domaines de la chirurgie ambulatoire et de la dialyse à domicile. En marge des tarifs, l'étude montre que la contrainte réglementaire et la démarche organisationnelle au sein de l'établissement jouent également un rôle important. Les incitations tarifaires doivent donc s'intégrer dans une politique plus globale pour réellement orienter l'activité.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud106.pdf

CASH (Roland), CASH (Evelyne), DUPILET (Catherine)
La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires.
DOSSIER SOLIDARITE SANTE (DREES)
2011/07
N° : 21
Pages : 31p.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9kr8FR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La tarification à l'activité (T2A) permet en théorie d'orienter l'activité des établissements de santé en agissant sur les tarifs. Par ce biais, le ministère en charge de la santé a ainsi cherché à favoriser des modes de prise en charge des patients jugés efficients. Pour évaluer l'efficacité de ces politiques, la DREES a lancé en 2010 une étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires dans les domaines de la chirurgie ambulatoire et de la dialyse à domicile.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201121.pdf

YILMAZ (E.)
Le redressement des comptes des hôpitaux publics observé en 2008 se poursuit en 2009.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2011/01
N° : 684
Pages : 8p., graph, tabl.
Pays : FRA Langue : FRE
La situation économique et financière des hôpitaux publics s'améliore en 2008. Le déficit global des hôpitaux publics se réduit, passant de 486 millions d'euros en 2007 à 345 millions d'euros en 2008 grâce à une progression des produits (+5,4 %) plus forte que celle des charges (+5,1 %). Le déficit représente 0,6 % des produits perçus par les établissements publics de santé. D'après les premières estimations, le déficit continuerait de diminuer en 2009 pour s'établir à 200 millions d'euros, soit 0,3 % des produits. En 2008, l'effort d'investissement continue d'être soutenu sous l'impulsion du plan Hôpital 2012. L'objectif de ce plan est de poursuivre la modernisation du secteur hospitalier. La part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 10,1 % à 10,9 % entre 2007 et 2008. Toutefois, bien que la capacité d'autofinancement des établissements publics de santé progresse en 2008, l'endettement continue de croître à un rythme régulier. Le niveau d'endettement atteint 43 % en 2008.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er746.pdf

VERGNENEGRE (Alain)
Tarification à l'activité. Jusqu'où peut-on aller ?
Dossier. La performance.
GESTIONS HOSPITALIERES
2011/01
N° : 502
Pages : 15-18, graph., tabl.
[BDSP. Notice produite par EHESP m9l8R0xk. Diffusion soumise à autorisation]. La tarification à l'activité (T2A), qui a vu son développement renforcé par les plans Hôpital 2008-2008 et Hôpital 2008-2012, est la conséquence de l'utilisation d'un codage des séjours, par l'intermédiaire des groupes homogènes de malades (GHM), existant depuis une vingtaine d'années au sein des établissements de soins publics et privés. La T2A a fait l'objet d'une mise en place progressive au travers des lois de financement de la Sécurité sociale : chaque année, les tarifs, associés à l'ensemble de ces séjours, sont publiés par le ministère de la Santé. Parallèlement, la codification en GHM évolue et nous en utilisons actuellement la version 11, une version qui avait essentiellement comme objectif de mieux reconnaître la complexité des patients traités dans les centres de référence et celle des patients polypathologiques âgés. Si on fait souvent jouer à cette T2A des rôles pour lesquels elle n'a pas été mise en place, l'auteur en présente ici les principales applications et les perspectives d'utilisation.

RUELLAN (R.)
La T2A sous contrainte budgétaire globale.
13ème séminaire de l'Etude Nationale de Coûts.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2010/10-11
Vol : 28 N° : 6-7
Pages : 284-289
[BDSP. Notice produite par ORSRA npoR0xEJ. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article présente les rapports de la Cour de Compte sur la T2A : en 2006 sur le démarrage de la T2A, et en 2009 sur la mise en place de la T2A à mi-parcours de sa montée de en charge (2004-2012). Le constat de la Cour est mitigé sur plusieurs points, et la Cour émet des

recommandations sur le dispositif de financement qui reste à stabiliser, en accélérant les réformes structurelles générant des gains de productivité.

SCHWACH (V.)
Et qu'en est-il des SSR ? Analyse de quelques limites du modèle de tarification, dit "modèle transitoire".
13ème séminaire de l'Etude Nationale de Coûts.
Paris. FRA
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2010/10-11
Vol : 28 N° : 6-7
Pages : 241-248, rés., tabl.
[BDSP. Notice produite par ORSRA 8GR0xsA7. Diffusion soumise à autorisation]. Le secteur SSR subit une profonde mutation. Engagée par la réforme des autorisations, elle se poursuit par la refonte du mode de financement. La T2A repose sur un idéal de justice, mais sans pouvoir préciser quelle serait la juste rémunération. Elle véhicule également une représentation du secteur SSR, laquelle n'est pas explicitée. L'auteur montre, à partir de la valorisation de l'encadrement médical, que le modèle suppose une homogénéité qui favorise la médicalisation des soins de suite au détriment de la reconnaissance de la technicité des CRF. Un autre exemple concerne le plateau technique. Enfin l'analyse des règles par lesquelles l'ENCc répartit les frais de structures révèle qu'elles défavorisent l'hospitalisation de jour (comparativement à d'autres règles), alors que cette activité devrait être reconnue, voire favorisée. Au total, l'auteur déplore une insuffisance de l'analyse conceptuelle.

SIBILLE (A.L.), BOULET (N.)
Du modèle ENC au modèle ENCc : Impact, exemples. Le point de vue de l'ATIH.
13ème séminaire de l'Etude Nationale de Coûts.
Paris. FRA
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2010/10-11
Vol : 28 N° : 6-7
Pages : 231-233
[BDSP. Notice produite par ORSRA HR0x999B. Diffusion soumise à autorisation]. Le passage de l'Etude Nationale de Coûts (ENC) à l'Etude Nationale de Coûts à méthodologie commune (ENCc) s'inscrit dans le contexte de mise en oeuvre de la T2A MCO et plus particulièrement de la convergence tarifaire entre les deux secteurs ex-DGF et ex-OQN. En effet, le modèle de l'ENC pour le champ MCO a été revu dans le but de disposer de référentiels de coûts issus d'une méthodologie commune aux deux secteurs. Cet article présente et évalue de façon quantifiée les changements méthodologiques induits. Concrètement, l'application de la nouvelle méthode s'est traduite par une diminution du coût de LGG estimé des séances au profit d'une augmentation du coût de LGG estimé des séjours de moins de 2 jours (CM 24).

BERARD (F.), SICARD (D.), DE GEETER-DELROT (D.)
La T2A : une mal-mesure ? Dossier thématique.
ETHIQUE & SANTE
2010/09
Vol : 7 N° : 3
Pages : 134-161
Ce dossier tente une évaluation de la T2A comme outil de mesure de l'efficience et de l'activité hospitalières en France. Il aborde trois problématiques : tarification à l'activité et nouvelle gouvernance, évolution éthique à l'hôpital à l'heure de la tarification à l'activité, du soignant à la gestion au soignant et la gestion.

LAUNAY (G.)

Vers un modèle de création de valeur liée aux activités de recherche à l'hôpital.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2010/03
Vol : 28 N° : 2
Pages : 65-79, tabl., fig.
[BDSP. Notice produite par ORSRA oFloR0xs. Diffusion soumise à autorisation]. 80 hôpitaux reçoivent de l'assurance maladie une dotation annuelle pour le financement de leurs recherches médicales. Elle est fondée sur des valeurs de résultats (publications, protocoles de recherche, brevets) et sur une proportion de leurs charges fixes. La mise en cause par l'IGAS de l'usage de ces financements peut conduire à afficher, au regard de chaque pôle de l'hôpital, une part de ces dotations. Mais la véritable création de valeur recherche requiert la connaissance des écarts produits-charges et le pilotage des allocations internes. Si les méthodes de la comptabilité analytique doivent être progressivement mises en oeuvre, la démarche la plus pragmatique commande l'émission accrue d'appels d'offres internes, mobilisateurs en 5 ans de tous les financements recherche. L'objectif est de flécher progressivement toutes les charges directes et support à la faveur du pilotage rigoureux des projets de plus forte valeur ajoutée (Résumé d'auteur).

COUTY (E.)
Hôpital public : le grand virage.
La privatisation de la santé.
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010
N° : 28
Pages : 39-48
Les réformes qui font entrer l'hôpital dans le XXIe siècle (plan « Hôpital 2007 » et loi HPST) mettent en place une série de mesures d'inspiration libérale qui peuvent remettre en cause le secteur public hospitalier en France. La convergence des tarifs publics et privés dans le système de financement à l'activité et les effets de marchandisation qu'elle entraîne, les contrats de partenariat public-privé (PPP) pour la réalisation d'investissements et l'exploitation de services hospitaliers, enfin la suppression du service public hospitalier et l'avènement d'une gouvernance pour un hôpital-entreprise sont autant de signaux d'une rupture avec les valeurs qui fondent les missions de l'hôpital public et donnent sens à l'action de ses personnels. Cette rupture s'accompagne d'un retour en force de l'État central, la politique contractuelle étant biaisée par l'institution d'une ligne hiérarchique pyramidale qui va jusqu'aux services de proximité. L'article s'efforce d'analyser ce processus simultané de « privatisation » et de « nationalisation » qui se met en place dans un contexte économique et financier dont la gravité exige effort de solidarité et rigueur de la part de tous les acteurs (résumé de l'éditeur).

MOISDON (Jean-Claude)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA, Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention : l'exemple des impacts de la T2A.
Fait partie du dossier "Évaluation des politiques publiques sanitaires et sociales".
REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES
2010/01-06
N° : 1-2
Pages : 213-250
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x89HFk. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article reprend une conférence donnée en 2009 sur les méthodes d'évaluation. Dans le cas spécifique de l'évaluation du changement organisationnel, l'auteur défend le choix d'une méthodologie qualitative fondée sur les principes de la recherche-intervention. Pour l'essentiel, cette méthodologie se fonde sur la notion d'interaction instrumentée, par laquelle

le chercheur aide les acteurs à modéliser les changements dans lesquels ils s'engagent, et à révéler le champ de forces dans lesquels ces changements s'inscrivent. L'exemple développé ensuite est extrait d'une recherche visant à évaluer les effets organisationnels du nouveau mode de financement des établissements de santé, la tarification à l'activité (T2A).

PEPIN (Michel), MOISDON (Jean-Claude)
Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé : étude qualitative d'un échantillon de huit établissements.
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2010
N° : 16 :
Pages : 24p., tabl.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8p9R0x8C. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude qualitative pour le Comité d'évaluation de la tarification à l'activité (T2A) a pour objectif d'examiner les effets qualitatifs de l'introduction de la tarification à l'activité sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé : prise en charge et parcours du patient, évolution du système de gestion, organisation interne des services, des pôles et de l'établissement, gestion des ressources humaines, stratégie de l'établissement. Cette étude a permis de mettre en lumière un impact fort de la T2A sur l'innovation instrumentale de gestion, soulignant une recherche d'efficience accrue, qui ne s'est toutefois pas accompagné de changements organisationnels de grande ampleur.
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/article201016-2.pdf

SCHELLER-KREINSEN (D.), GEISSLER (A.), BUSSE (R.)
L'ABC des groupes homogènes de malades.
The ABC of DRGs.
EURO OBSERVER - HEALTH POLICY BULLETIN OF THE EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEM AND POLICIES
2009
Vol : 11 N° : 4
Pages : 12p.
Ever since the US Congress adopted the diagnosis related group (DRG) system for paying hospitals for Medicare patients in 1983, case payment mechanisms gradually have become the principal means of reimbursing hospitals in most industrialized countries. Nevertheless, the motives underlying the introduction and the development, as well the specific design features of DRG systems, vary greatly across countries.This article provides a concise overview of the main issues that need to be considered when scrutinizing and comparing DRG systems. It focuses on (a) objectives and rationales underlying DRG systems, (b) main building blocks of DRG systems, and (c) crucial incentive considerations. It also summarizes briefly the limited empirical evidence on the effect of DRGs on hospital resource use and quality of care. The accompanying case studies in this Euro Observer issue provide more detailed snapshots of individual DRG systems (Austria, Spain and France) exemplifying the great variety of systems across Europe. More in depth analyses are conducted in the framework of the EuroDRG project (www.eurodrg.eu), which compares DRG systems, costs, efficiency and quality of care across European countries and scrutinizes the prospects for a coordinated or even single European DRG system.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/80332/EuroObserver_Winter2009.pdf

OR (Z.)
La tarification à l'activité en France.
Activity based payment in France.
EURO OBSERVER - HEALTH POLICY BULLETIN OF THE EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES (THE)
2009
Vol : 11 N° : 4

Pages : 5-6
The French hospital system is characterized by a wide choice of public and private providers. More than one third of all inpatient care and 56% of all surgery are provided by private for-profit hospitals. Patients can choose freely between public and private hospitals. Activity based payment (ABP) was first introduced in 2004/ 2005 to pay for acute care services (including home hospitalization) with the objectives of improving efficiency; creating a 'level playing field' for payments to public and private hospitals; improving the transparency of hospital activity and management; and improving quality of care.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/80332/EuroObserver_Winter2009.pdf

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA, Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A.
SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2009/09
N° : 94
Pages : 71p., tabl., graph.
Le présent rapport apporte les premiers éléments d'évaluation de la mise en oeuvre de la tarification à l'activité correspondant aux principaux axes identifiés. Pour la plupart ils doivent être complétés par des approfondissements qui seront conduits en 2009 en s'appuyant fortement sur la mobilisation des données issues des sources administratives (données comptables, données de recensement, données relatives à l'activité) dans le prolongement des travaux initiés en 2008.
http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud94.pdf

MOISDON (Jean-Claude)
Étude nationale de coûts à méthodologie commune : apports et limites.
Efficience économique. Dossier.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2009/09-10
N° : 530
Pages : 56-59
Élaborée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) concernant le champ médecine-chirurgie-obstétrique constitue un net progrès sur plusieurs aspects. L'ATIH a réussi à mettre sur pied un outil précis et cohérent qui permet notamment de surmonter l'obstacle des spécificités des deux secteurs, privé et public, et qui améliore certaines insuffisances de versions ENC précédentes notamment celles relatives à la ventilation des dépenses de logistique générale et aux modalités de calcul des coûts. Mais cet outil comporte aussi des limites et trois remarques peuvent être avancées qui concernent : le modèle comptable, la représentativité statistique, les difficultés de comparaison public/privé.

MENDELSOHN (Marion)
V11 des groupes homogènes de malades : une troisième étape d'adaptation à la T2A.
Efficience économique. Dossier.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2009/09-10
N° : 530
Pages : 48-55
Troisième étape d'adaptation des groupes homogènes de malades (GHM) à la tarification à l'activité (T2A), la V11 modifie en profondeur la description médico-économique de l'activité des établissements. Mais ses effets sur les revenus des établissements ne sont pas encore très visibles dans le cadre de la campagne 2009. Cette campagne intègre notamment l'utilisation de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) et le calcul des tarifs sur des données historiques (secteur ex-OQN). Après avoir rappelé les principes

d'évolution de la classification des GHM, l'auteur présente les objectifs et les apports de la version 11.

YILMAZ (Engin)
En 2007, le déficit des hôpitaux publics se creuse.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2009/10
N° : 706
Pages : 8p., tabl., graph.
Entre 2005 et 2007, la situation économique et financière des hôpitaux publics s'est détériorée. Le déficit se creuse et atteint 486 millions d'euros en 2007, soit 0,9% des produits. L'aggravation du déficit est particulièrement marquée pour les centres hospitaliers régionaux (CHR) : leur déficit a doublé en 2007 et atteint 325 millions d'euros, soit 1,6% des produits. Dans une moindre mesure, le déficit des grands centres hospitaliers (CH) augmente de 10% et atteint 220 millions d'euros, soit 1,4% des produits. Le déficit des CH de moyenne taille se stabilise : il représente 0,7% des produits. En revanche, les CH de petite taille, les hôpitaux locaux et les centres hospitaliers spécialisés (CHS) affichent des résultats excédentaires en 2007. Selon les éléments issus des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD), le déficit des hôpitaux publics se réduirait en 2008. Sous l'impulsion du plan Hôpital 2007, les investissements ont considérablement augmenté depuis 2002 et se stabilisent à un niveau élevé en 2007 : la part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 7,2% à 10,1%. Parallèlement, les capacités et les conditions de financement se sont dégradées. Ainsi, la capacité d'autofinancement ne représente plus que 5,1% des produits en 2007 contre 7,2% en 2004. Les hôpitaux publics recourent donc davantage à l'endettement pour financer ces investissements : le niveau d'endettement, qui augmente régulièrement depuis 2003, atteint 40% des ressources stables en 2007.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er706.pdf

SCHWACH (Victor)
T2A en soins de suite et réadaptation (SSR). Premières réflexions.
GESTIONS HOSPITALIERES
2009/04
N° : 485
Pages : 205-209
Après une longue période d'élaboration, d'hésitation, de concertation, le principe est acquis que la tarification à l'activité (T2A) s'étend à l'activité SSR. Déjà sont connus les éléments techniques (l'évolution du programme de médicalisation des systèmes d'information - PMSI) et se précisent les règles d'un dispositif transitoire, en attendant le modèle définitif. Des compétences ont été recherchées pour expertiser les éléments au fur et à mesure de leur dévoilement. Les gestionnaires se sont efforcés d'estimer leur futur budget. Jusqu'ici, la préoccupation a donc été technique. La mise en place encore très récente des éléments et l'importance des enjeux n'ont pas permis de prendre du recul significatif. Aussi les réflexions présentées ici doivent-elles être entendues comme autant d'hypothèses et de pistes pour une analyse plus approfondie qui reste à réaliser.

CRAINICH (D.), LELEU (H.), MAULEON (A.)
Impact du passage à la tarification à l'activité : une modélisation pour l'hôpital public..
Le marché de la santé : efficience, équité et gouvernance.
REVUE ECONOMIQUE
2009/03
Vol : 60 N° : 2
Pages : 471-488, graph.
Cet article analyse les conséquences du passage d'un financement par dotation globale à un financement prospectif lié à l'activité et tentons de déterminer en quoi la réforme pourrait être préjudiciable ou bénéfique à la santé financière des hôpitaux publics. Il développe un modèle

théorique qui lie la demande des patients aux décisions conjointes des médecins et des managers d'hôpitaux pour analyser la façon dont le nouveau mode de financement affecte les décisions prises par l'ensemble des agents et donc l'équilibre budgétaire des établissement.

POUVOURVILLE (G. de)
Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas : la mise en oeuvre de la tarification à l'activité.
Le marché de la santé : efficience, équité et gouvernance.
REVUE ECONOMIQUE
2009/03
Vol : 60 N° : 2
Pages : 457-470
Depuis 2004, les établissements hospitaliers publics et privés sont assujettis à un mode de paiement prospectif au cas fondé sur une nomenclature de production importée des États-Unis, le Groupe homogène de malades. L'analyse comparative avec l'expérience nord-américaine montre que le modèle français, sous la forme actuelle de la tarification à l'activité (T2A), s'inscrit dans une contrainte budgétaire globale et que les mécanismes existants de planification de l'offre limite l'autonomie stratégique des établissements. Par ailleurs, le modèle associe des aspects prospectifs et rétrospectifs qui limitent l'incitation à la réduction des coûts. Au final, le modèle français s'apparente plus à un modèle de régulation administrée par les tarifs de l'activité et de la productivité des établissements qu'à un modèle de concurrence par comparaison mis en place aux États-Unis par le programme Medicare. Les conséquences de ce modèle, en termes d'allocation des ressources en France, sont analysées à la lumière d'une sélection de travaux théoriques et empiriques sur les incitations économiques induites par le paiement prospectif au cas.

OR (Z.), RENAUD (T.), LORAND (S.)
Focus sur quatre pathologies et actes courants : l'appendicectomie, l'accouchement, l'angine de poitrine et l'AVC.
Exploitation seconde de la base de l'Etude nationale de coûts (ENC).
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2009
N° : 9
Pages : 16-48
Ce chapitre approfondit l'analyse du coût de prise en charge de deux actes courants – l'appendicectomie et l'accouchement par voie naturelle – et de deux pathologies fréquentes – l'angine de poitrine et l'AVC – dans les établissements hospitaliers publics. L'objectif principal de ces focus est de fournir une analyse descriptive détaillée des différents éléments déterminant le coût hospitalier, et d'identifier leur contribution respective à la variabilité des coûts observés, à la fois au niveau du patient et au niveau institutionnel. Plus spécifiquement, l'objectif est de séparer dans la variabilité des coûts ce qui est imputable à un effet « établissement hospitalier» et ce qui est imputable à un effet «patient».
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/article200909.pdf

OR (Z.), RENAUD (T.)
Analyse comparative du coût de la prise en charge de neuf pathologies et interventions courantes dans le secteur public hospitalier.
Exploitation seconde de la base de l'Etude nationale de coûts (ENC).
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2009
N° : 9
Pages : 6-15
Cette synthèse propose une analyse comparative des coûts hospitaliers de la prise en charge de neuf pathologies et interventions courantes. L'objectif est de fournir des

estimations de coûts pour ces interventions tout en étudiant les facteurs contribuant à la variabilité des coûts des séjours. Il ne s'agit pas de calculer un coût de la pathologie proprement dit : l'unité d'analyse est le séjour hospitalier et non pas le malade et sa trajectoire de soins.
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/article200909.pdf

DE POUVOURVILLE (G.), OR (Z.), RENAUD (T.), LORANT (S.), LE VAILLANT (M.), MILCENT (C.), BAILLOT (S.), GEROLIMON (O.)
Exploitation seconde de la base de l'Etude nationale de coûts (ENC).
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2009
N° : 9
Pages : 53p., tabl., graph.
L'étude nationale des coût (ENC), lancée en 1992, est une enquête permanente auprès d'un panel d'établissements hospitaliers publics et privés, à but non lucratif. L'ENC aboutit au calcul d'un coût complet, par séjour pour les établissements considérés, et d'un coût complet par Groupe Homogène de Malades (GHM). Pour réaliser cette étude, à partir de données de l'année d'activité 2003, trois objectifs ont été poursuivis. Le premier est celui du calcul du coût hospitalier de la prise en charge d'une pathologie, au sens strict d'une affection identifiée ici par un groupe de diagnostics de la Classification Internationale des Maladies (CIM) 10e Édition, au niveau de trois caractères alphanumériques. Le deuxième objectif est similaire au premier. Mais le point d'entrée choisi est celui d'un acte ou d'une classe d'actes chirurgicaux donnés. Les analyses réalisées sont les mêmes que pour l'entrée par le diagnostic principal. Les actes chirurgicaux sélectionnés ont été l'accouchement par voie basse, l'appendicectomie, la mastectomie pour tumeur maligne du sein et les pontages coronariens. Un troisième objectif a été celui d'estimer les biais éventuels introduits par l'hétérogénéité clinique des groupes homogènes de malades (GHM), dans la fixation des tarifs et dans la rémunération des établissements, une fois appliquée la technique de redressement utilisée par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH). Le modèle choisi pour cette étude a été l'accident vasculaire cérébral, en distinguant les accidents de type hémorragiques des accidents ischémiques constitués et transitoires.
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/article200909.pdf

YILMAZ (Engin)
En 2006, les hôpitaux publics en déficit.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2009/03
Pages : 6p., graph, tabl.
Cote Irdes : C, P83
Entre 2005 et 2006, la situation financière des hôpitaux publics s'est détériorée. Contrairement à 2005 où le montant des produits était supérieur à celui des charges (avec un excédent de 200 millions d'euros), l'année 2006 est marquée par un déficit de 200 millions d'euros. Ce montant représente 0,4% des produits. Les charges du secteur public hospitalier ont augmenté plus rapidement que les produits totaux (+2,9% contre+2,2%). Les centres hospitaliers régionaux (CHR), hors AP-HP, et les centres hospitaliers (CH) grands et moyens ont vu leur situation économique se dégrader. Le nombre de ces établissements en déficit a augmenté nettement : 23 CHR sur 30 le sont en 2006 alors qu'en 2005, ils étaient 16 dans cette situation. Quant aux CH grands et moyens, un peu plus de la moitié est en déficit en 2006 alors qu'en 2005 cette proportion était d'un tiers. En revanche, les centres hospitaliers de petite taille, les hôpitaux locaux (HL) et les centres hospitaliers spécialisés (CHS) sont restés globalement excédentaires en 2006. Compte tenu de la montée en charge de la tarification à l'activité (T2A), les financements directement liés à l'activité progressent de 41%. En 2006, ils représentent 21% des produits versés aux hôpitaux publics par l'assurance maladie obligatoire.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er684.pdf

BRIFFAUT (Claire), MOURET (Marie-Eve), PIANA-ROGEZ (Arianne)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Examen des liens entre les modes de financement et la planification et les modifications induites par la T2A : rapport final : annexes.
SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2008/11
N° : 82
Pages : 2 vol. (75+167p.)
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9nIDmR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude, réalisée pour le Comité d'évaluation de la tarification à l'activité (T2A), examine les liens entre planification sanitaire et tarification à l'activité. La première partie de l'étude, à dominante théorique, met en évidence les axes de convergence et de divergence entre ces deux logiques, à la fois dans les objectifs, dans les processus de mise en oeuvre et dans le rôle des différents acteurs impliqués. Elle est complétée par deux monographies régionales (Languedoc-Roussillon et Franche-Comté) qui permettent d'illustrer ou de nuancer les différents points de convergence ou de divergence entre tarification et planification. Enfin, une analyse des expériences étrangères sur trois pays (Allemagne, Angleterre et Italie) suggère des pistes de réflexion sur l'articulation entre tarification et planification.
http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud82.pdf,
http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud82-annexes.pdf

GRIMALDI (A.)
L'arnaque de la T2A.
MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2008/09
Vol : 4 N° : 9
Pages : 388-390
L'instauration d'un nouveau mode de financement des hôpitaux dit « à l'activité » est une décision extrêmement importante, qui a et va avoir des conséquences majeures sur l'avenir du service public hospitalier. Son analyse doit être faite d'un triple point de vue : éthique, pratique, démocratique.

Rapport d'activité 2005-2007 du comité d'évaluation de la tarification à l'activité.
SERIE ETUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2008/02
N° : 76
Pages : 101p.
Le premier rapport d'activité du Comité d'évaluation de la tarification à l'activité (T2A) retrace les grandes phases qui ont marqué la réflexion et l'activité de ce comité depuis sa création en 2004. Il est aujourd'hui prématuré d'imputer à la T2A d'éventuelles évolutions observées mais il est important d'établir un état des lieux en amont de la réforme. Il se veut un point de repère pour comprendre le chemin qu'auront parcouru les établissements à chaque nouveau résultat dans les travaux d'évaluation. Ainsi, les premiers résultats relatifs à un effet codage, comprenant le DRG-creep (optimisation tarifaire du codage des séjours), - construction des indicateurs de productivité hospitalière, - point zéro sur la situation économique et financière du secteur hospitalier jusqu'en 2005-sont plus particulièrement développés au sein de ce premier rapport.
http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud76.pdf

LE RHUN (B.) , LEGENDRE (M.C.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Comparaison de la M21 et du Plan Comptable Général.

SERIE SOURCES ET METHODES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2008/09
N° : 1
Pages : 37p., tabl., fig., ann.
Cote Irdes : C, S35/4
La Tarification à l'Activité (T2A) a été mise en place dans les services de médecine chirurgie obstétrique (MCO), à partir de 2004 de manière progressive dans les établissements anciennement sous dotation globale (DG), et entièrement dès le 1er mars 2005 dans les établissements anciennement sous Objectif quantifié national (OQN). Ce mode de financement rend nécessaire la comparaison des deux règles comptables appliquées aux établissements de santé. En effet, la comptabilité des hôpitaux publics suit l'instruction budgétaire et comptable M21, les établissements PSPH la M21 bis qui est une adaptation de la M21 à la spécificité de ces établissements tandis que celle des cliniques privées, anciennement sous OQN, suit le plan comptable général (PCG) au même titre que l'ensemble des entreprises de statut privé commercial. Cette note reprend l'ensemble des comptes de la M21, sous sa nouvelle version du 1er janvier 2006, et ceux du PCG datée de 1999. Dans un premier temps (partie I), cette note compare les deux documents comptables. Il s'avère ainsi que le PCG et la M21 sont assez proches l'un de l'autre; les différences proviennent essentiellement des spécificités juridiques et économiques des établissements, c'est-à-dire le fait d'être des sociétés commerciales pour les cliniques privées et celle d'être des établissements de service public pour les hôpitaux. La fin de cette première partie insiste sur les modifications introduites par la nouvelle M21. La Drees dispose aujourd'hui des balances comptables de chaque hôpital public, des comptes administratifs d'un échantillon d'établissements PSPH et des liasses fiscales des cliniques privées anciennement sous OQN (partie II). Dans un troisième temps (partie III), la mise en regard de ces documents permet d'établir des tableaux de comparaison entre comptabilité publique et comptabilité privée : A chaque ligne du bilan et du compte de résultat des liasses fiscales sont précisés les comptes correspondants de la M21 et du PCG. Ce document a été réalisé par des chargés d'étude de la Drees qui ne sont pas comptables de formation. Des inexactitudes et des imprécisions peuvent apparaître, en particulier dans la correspondance entre l'ancienne M21 et de la dernière mise à jour de la M21 datée de janvier 2006 (partie I) et dans la correspondance entre les postes des liasses fiscales et les comptes du PCG et de la dernière mise à jour de la M21 datée de janvier 2006 (partie III).
http://www.sante.gouv.fr/drees/seriesource-method/pdf/seriesource-method01.pdf

ARBURGER (J.)
Situation économique et financière des cliniques MCO.
REGARDS DE LA FHP
2008/06-07
N° : 64
Pages : 10-14, tab., graph.
Cote Irdes : P23/1
Ce dossier analyse la situation économique et financière des cliniques privées MCO (Médecine chirurgie obstétrique), à partir d'un panel de 50 cliniques de l'Observatoire CTC/FHP, pour la période 2003-2008

CRUETTE (P.)
Situation économique financière des cliniques : état des lieux pour 2006.
REGARDS DE LA FHP
2008/05
Vol : N° : 56
Pages : 12-15, 3 tab., 3 graph.
Cote Irdes : P65
Ce dossier analyse la situation économique et financière des cliniques privées en 2006. Après les résultats plutôt encourageants de 2005, année atypique du fait de la mise en

vigueur de la T2A, les résultats de 2006 sont décevants et montrent la caractère fluctuant de la situation économique du secteur avec des nuances en fonction des caractéristiques des établissements.

AUDE (Johanne)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2005 et 2006.
SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2008/08
N° : 80
Pages : 18p.
Cote Irdes : C, S35/2
Depuis le 1er mars 2005, les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des cliniques privées à but lucratif sont entièrement soumises à la T2A. En 2006, le chiffre d'affaires des cliniques a augmenté de 7%, en partie compensé par une baisse des tarifs de 1%. La rentabilité économique des cliniques diminue légèrement par rapport à 2005, les cliniques de taille moyenne (dont le CA est compris entre 6 et 12 millions d'euros) sont celles dont la situation économique est la moins favorable, les cliniques de petite et grande taille maintiennent, au contraire, leur rentabilité économique. La situation économique des cliniques privées, satisfaisante en moyenne, est marquée par une forte hétérogénéité.
http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud80.pdf

BLEIN (C.), CLOT (D.), LAMURE (M.), GARASSUS (P.)
Etude de l'impact des évolutions de classification auprès des établissements de santé du secteur privé.
Economie et management en santé publique : politique de santé et maîtrise médicalisée des dépenses de santé.
SANTE ET SYSTEMIQUE
2006
Vol : 9 N° : 3-4
Pages : 169-204
Cet article propose une réflexion relative à l'évolution de la classification permettant la tarification des GHM à partir des données du programme médicalisé du système d'information (PMSI) français. Dans ce contexte nous avons retenu certaines pistes de réflexion dont certaines sont relatives à l'évolution V7.9 /V7.10 et d'autres plus particulières sur l'analyse des choix arbitrés au sein des classifications. Parmi ces dernières nous avons étudié l'effet de segmentation apporté par la spécification des GHM liés selon la présence ou non des comorbidités associées sévères (CMAS).

BLEIN (C.), CLOT (D.), LAMURE (M.)
Comparaison internationale des systèmes de classification de patients comme outil du paiement prospectif.
Economie et management en santé publique : politique de santé et maîtrise médicalisée des dépenses de santé.
SANTE ET SYSTEMIQUE
2006
Vol : 9 N° : 3-4:
Pages : 65-134
Ce travail retrace les différentes étapes de construction, d'utilisation et d'implémentation du système de classification de patients dans le monde de la santé. Au début de sa création, le système de classification de patients n'était qu'un simple outil mais il est devenu rapidement l'objet d'enjeux importants dans la problématique de la maîtrise de l'inflation des dépenses de santé et notamment celles induites par l'hospitalisation. Le monde de la santé s'intéresse

particulièrement à ces systèmes de classification de patients par leur potentialité à modifier les comportements des acteurs et soutenir l'introduction d'une nouvelle forme de financement de soin : le paiement prospectif. Le système de classification de patients s'internationalise très rapidement et fait l'objet de multiples modalités d'implémentation. Cet article décrit les principales formes d'algorithme de groupages observées dans les pays et leurs modes d'utilisation.
Cote Irdes : A3626

LEGENDRE (Marie-Caroline), LE RHUN (Béatrice)
L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2004 et 2005.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2007/07
Vol : N° : 583 Pages : 8p.
Depuis le 1er mars 2005, les activités médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des cliniques privées à but lucratif sont entièrement soumises à la T2A. Ainsi, en 2005, le chiffre d'affaires des cliniques privées a augmenté de 8.7%. Cette augmentation est due en partie à l'accroissement de l'activité mais aussi à une hausse des tarifs. Le nombre d'entrées et venues a progressé de 4.6% pour l'ensemble des cliniques. L'amélioration de la situation financière des cliniques concerne principalement les cliniques MCO. La rentabilité de ces dernières s'établit à 15.1% des capitaux propres supérieure de 7 points à celle de 2004.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er583/er583.pdf

DUMONTAUX (Nicolas), LE RHUN (Béatrice), LEGENDRE (Marie-Caroline)
Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2007/06
Pages : 8p.
Un état des lieux économique et financier des établissements de santé par catégorie est dressé ici. Il est déterminé au début de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans le secteur privé à but lucratif et en amont de sa montée en charge dans le secteur public. Ainsi, en 2005, plus d'un hôpital public sur trois est déficitaire, ils n'étaient qu'un sur quatre en 2002. Pour toutes les catégories d'hôpitaux publics, les investissements progressent dans le cadre du volet investissement du plan Hôpital 2007. La trésorerie des hôpitaux publics, globalement en augmentation sensible, est pour autant presque nulle pour les plus grands hôpitaux. Dans le secteur privé, le champ d'observation se limite aux seules sociétés d'exploitation. En effet, les données relatives aux sociétés civiles immobilières ne sont pas connues.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er576/er576.pdf

LEGENDRE (Marie-Caroline), LE RHUN (Béatrice)
Les comptes d'exploitation des établissements participant au service public hospitalier (PSPH) entre 2001 et 2004.
ETUDES ET RESULTATS
2006/01
N° : 553
Pages : 4p.
L'enquête annuelle réalisée par la DREES jusqu'en 2005 permettait de recueillir des données comptables et budgétaires de la section d'exploitation du budget général auprès des établissements participant au service public hospitalier (PSPH), des établissements privés à but non lucratif. A partir de cette enquête, il est possible d'estimer des indicateurs de recettes et de charges entre 2001 et 2004, au moment de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) et de l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses). Les PSPH étudiés sont les centres de lutte contre le cancer (CLCC), les établissements de court séjour et de soins de suite et de réadaptation (SSR). On s'est livré à une exploitation de données

comptables par le calcul de grands ratios pour les établissements PSPH, l'année 2004 correspondant au point zéro de la mise en place de la T2A. Du côté des recettes, sont examinés les produits bruts qui correspondent à la dotation globale de financement, augmentés des produits de l'activité hospitalière, des produits vendus, ainsi que de la production stockée et immobilisée.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er553/er553.pdf

LE BIHAN (C.), BOUDAY (P.)
La classification actuelle des GHM et la convergence public/privé. Impact du recrutement sur la durée de séjour en pédiatrie.
9ème séminaire de l'Etude Nationale de Coûts.
2005/11/24-25
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2006/05-06
Vol : 24 N° : 3-4
Pages : 157-167, rés., tabl., fig.
La convergence tarifaire entre le secteur public et le secteur privé est inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2005. Dès 2006, l'Etude Nationale des Coûts devrait être fondée sur une méthodologie commune pour les 2 secteurs. Elle aura pour objectif de quantifier et de qualifier les écarts, en analysant plus particulièrement la programmation des activités, la précarité et la variabilité au sein des Groupes Homogènes de Malades (GHM). L'objectif de ce travail était d'examiner la situation pour la pédiatrie en examinant plus particulièrement la variabilité intra GHM. Les séjours hospitaliers des enfants de moins de 16 ans ont été sélectionnés à partir des bases nationales du PMSI de l'année 2003. Le travail a porté sur les Groupes Homogènes de Malades (GHM) dont la durée moyenne de séjours entre secteur public et privé différait d'au moins 2 jours. (résumé d'auteur).

FERONI (I.)
Evolutions institutionnelles, transformations de l'activité : le contexte des restructurations hospitalières des années quatre-vingt-dix. Commentaire.
SCIENCES SOCIALES ET SANTE
2006/12
Vol : 24 N° : 4
Pages : 129-133
Cet article décrit le contexte dans lequel ont eu lieu les restructurations hospitalières des années quatre-vingt-dix.

DE POUVOURVILLE (Gérard)
Financement des MIGAC. Vers un nouveau paradigme de régulation ?
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2006/05-06
N° : 510 Pages : 46-49
En restaurant un lien entre le niveau d'activité des hôpitaux et leurs recettes, la T2A a modifié les incitations économiques auxquelles ceux-ci étaient soumis. Elle est aussi porteuse d'un changement radical dans la relation entre tutelle publique et établissements, en particulier du secteur public et assimilé. Ce nouveau paradigme de régulation repose sur une autonomie et une responsabilisation plus fortes de ces derniers. Ses conséquences sur le financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) font l'objet depuis 2004 de tentatives de clarification et de rationalisation, tant de la part des pouvoirs publics que des hôpitaux. La situation actuelle plaide en faveur d'un cahier des charges par mission, et pour la détermination d'un paiement forfaitaire uniforme au niveau national, permettant un partage de risques entre établissements et payeur public

BUGNON MURYS (Fabrice), BENARD (Ariane), et al.
Dossier. Tarification à l'activité.

GESTIONS HOSPITALIERES
2005/11
N° : 450
Pages : 683-721
Ce dossier est consacré à la tarification à l'activité, sa mise en place dans les différents hôpitaux, entre autre les Hospices civils de Lyon, le Centre Hospitalier de Vexin, nous font part de leur expérience et la méthodologie qu'ils ont employée pour sa mise en oeuvre. Dans certains cas vaincre la réticence par le dialogue avec les praticiens et le personnel hospitaliers. Sont abordés aussi, l'individualisation des schémas thérapeutiques médicamenteux dans la diminution des séjours. Toujours afin de réduire la durée moyenne des séjours hospitaliers faciliter et améliorer l'accès aux plateaux techniques et à l'imagerie médicale.

BADONNEL (Anne), THEOLIER (Sylvie), VALETTE (Pierre-Jean)
Des actions concrètes pour réduire la durée moyenne de séjour. Diminuer les difficultés d'accès au plateau technique d'imagerie.
Dossier : Tarification à l'activité.
GESTIONS HOSPITALIERES
2005/11
N° : 450
Pages : 717-721
Quelque soit leur taille, les centres hospitaliers universitaires ou généraux, sont confrontés à de multiples observations des services cliniques et des patients relatives à des difficultés d'accès aux plateaux techniques d'imagerie. Il n'est pas toujours aisé pour la direction d'objectiver ces remarques. Ces difficultés d'accès, de natures et d'origines différentes, sont l'un des facteurs ayant un impact direct sur la durée moyenne de séjour (DMS) des patients ; elles peuvent aussi avoir une incidence sur le service médical rendu. Elles ne sont pas non plus sans conséquence sur l'activité, qui est désormais la ressource première des hôpitaux.

LELEU (H.), DERVAUX (B.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière dans le cadre de l'évaluation de la tarification à l'activité.
Etudes diverses.
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE
2005/06-09
N° : 3
Pages : 49-66
La mesure d'un indicateur de productivité hospitalière renvoie à plusieurs problématiques qui ont trait à sa définition, à sa mesure, à son champ d'application et à son utilisation. Cet article tente de mettre en lumière les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière afin d'en dégager une méthodologie de mesure adaptée qui pourrait être utile à l'évaluation de l'impact économique de la tarification à l'activité. Une fois passés en revue les différents concepts de performance économique, les auteurs analysent de manière critique la mesure de la productivité propre au secteur hospitalier qui fait l'objet d'une discussion au travers de l'expérience américaine.
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200503.pdf

KERLEAU (M.), LE VAILLANT (M.), OR (Z.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Caractéristiques régionales et structure de l'activité de court séjour : impact sur les coûts hospitaliers par modélisation multi-niveaux.
Etudes diverses.

Paris : La Documentation française
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE
2005/04-06
N° : 2
Pages : 35-47, 4 tabl.
L'objectif de cette étude est d'examiner le rôle de la structure des activités médicales dans la variabilité des coûts des hôpitaux et cliniques lorsque l'on prend en compte non seulement les caractéristiques des établissements, mais aussi les effets régionaux.
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200502.pdf

VILLERET (S.)
Fédération de l'Hospitalisation Privée. (F.H.P.). Paris. FRA, CTC Conseil. Paris. FRA
La santé économique et financière des cliniques en 2003 : enquête CTC Conseil et Observatoire Economique et Financier de la FHP.
REGARDS DE LA FHP
2005/03
N° 33
Pages : 3-16, tabl., graph., ann.
Depuis maintenant dix ans, l'enquête de la société CTC Conseil fournit un bilan annuel de la situation économique et financière des établissements hospitaliers privés. L'étude 2003 porte sur un échantillon de 135 cliniques privées de court séjour. Les différentes segmentations de l'échantillon poursuivent deux objectifs : juger de sa représentativité par rapport à l'ensemble des cliniques MCO françaises et proposer une analyse typologique des principaux indicateurs de la situation économique et financière des cliniques privées.

FASCICULE
MARESCAUX (C.)
Tarification à l'activité : dossier spécial T2A.
BULLETIN DE LA FNEHAD
2005/01
N° : 205
Pages : 14p.

Les séjours de longue durée à l'aune de la T2A.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2004/07-08
Vol : N° : 499
Pages : 62-65
Constatant que sa durée moyenne de séjour est nettement plus élevé que dans d'autres centres hospitaliers et incompatible avec sa mission de court séjour, le centre hospitalier de Lens a confié en 2001 aux sociétés Altao et Gemelli la réalisation d'une analyse rétrospective de son activité hospitalière. Basée sur les données administratives et médicales, cette étude a permis d'identifier les principales caractéristiques administratives des patients séjournant longtemps dans l'établissement, mais aussi de proposer, à partir d'informations uniquement administratives, disponibles à l'entrée du malade, un modèle de classification du patient en fonction du risque à générer un séjour hospitalier long.

Tarification des hôpitaux : la prise en compte des hétérogénéités.
ANNALES D'ECONOMIE ET DE STATISTIQUE
2004
Vol : N° : 74
Pages : 47-82, 8 tab., ann.
Cet article étudie les coûts des hôpitaux publics français dans la perspective d'une réforme de la tarification. Des données à trois dimensions hôpital-séjour-année permettent d'identifier l'hétérogénéité non observée des hôpitaux et la composante de la variabilité du coût

attribuable à l'aléa moral transitoire. Celle-ci, loin d'être négligeable, s'élève à 50 % de la variabilité des coûts due à l'hétérogénéité non observée des hôpitaux. Les simulations montrent que l'on peut attendre des économies budgétaires de 16 % environ de l'application d'une tarification qui prend en compte les hétérogénéités non observées entre les hôpitaux et n'élimine que l'aléa moral transitoire.

BOUSQUET (F.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Quelles problématiques et quels indicateurs pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité ?
Outils et méthodes statistiques pour les politiques de santé et de protection sociale.
Paris : La Documentation française
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE
2004/01-03
Vol : N° : 1
Pages : 45-58
La mise en oeuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé est un exemple de la nécessité d'évaluer les objectifs atteints ou à atteindre dans le cadre d'une réforme des politiques publiques. La difficulté de l'exercice réside notamment dans le choix des outils et des moyens à mobiliser pour parvenir à cet objectif "d'évaluation". Dans le cas de la tarification à l'activité, les objectifs assignés à la réforme ont été définis de la façon suivante : une plus grande médicalisation du financement, une responsabilisation plus importante des acteurs, une équité de traitement entre les secteurs publics et privés et enfin le développement d'outils de pilotage économique visant à une rationalisation de la gestion. Après avoir présenté les objectifs qui doivent sous-tendre l'évaluation, l'auteur analyse les propositions de techniques et de méthodes qui permettraient d'en d'aborder de manière cohérente les différents aspects au fur et à mesure de la montée en charge de la réforme.
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200401.pdf

DERVAUX (B.), LELEU (H.)
Adéquation de la tarification à l'activité chirurgicale des établissements privés français.
Modèles frontières en santé.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2002/05-07
Vol : 20 N° : 3-4
Pages : 201-214, rés., tabl., fig., ann.
[BDSP. Notice produite par ORSRA mR0xhr64. Diffusion soumise à autorisation]. Dans cette étude, nous testons l'adéquation de la tarification de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) sur laquelle repose le financement des cliniques aux prix implicites dérivés de l'activité chirurgicale observée des cliniques privées. A partir de l'estimation déterministe d'une fonction-distance paramétrique multi-produits, nous calculons le système de prix implicites des actes chirurgicaux à partir des données de l'enquête Gain Chirurgie en appliquant une version duale du lemme de Shephard. Nous comparons ensuite ces prix aux tarifs de la NGAP. (résumé d'auteur).

RODRIGUES (J.M.), TROMBERT PAVIOT (B.), MARTIN (C.)
Tarification à l'activité dans les hôpitaux : les expériences étrangères peuvent-elles fournir des idées pour la réforme prévue pour 2004 en France ?
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2003/01-03
Vol : 21 N° : 1-2 :
Pages : 81-84

Dans cet article, les auteurs développent, en 7 points, le constat sur l'utilisation des systèmes case mix de type Diagnosis Related Groups (DRG) dans le monde pour le financement, puis 8 recommandations qui en découlent.

HENRIET (D.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Tarification à la pathologie : enjeux et perspectives de l'expérimentation en France. La tarification à la pathologie les leçons de l'expérience étrangère. Actes du colloque.
Paris : 2001/06/07-08
Paris : La Documentation Française
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE
2002/07
Pages : 21-27
Dans cet article, l'auteur rappelle les deux modes de tarifications utilisés dans le système de soins français puis décrit les principes généraux dont la tarification à la pathologie devrait se prévaloir en France. Il termine enfin sur la description des objectifs que pourrait recouvrer l'expérimentation qui doit être menée en France.

LAROSE (Dominique), BARRE (Stéphanie)
Les contrats d'objectifs et de moyens, véritables outils contractuels. La contractualisation dans les EPS.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2002/05-06
N° : 486
Pages : 4-9
En l'absence d'avis du Conseil d'Etat et de toute jurisprudence, la nature juridique du contrat d'objectifs et de moyens (COM) reste une inconnue, ce qui fragilise la démarche contractuelle entre l'ARH et les établissements de santé. Les parties au contrat craignent, en effet, soit que le COM ne les engage au-delà de ce qu'elles pourront tenir, avec toutes les conséquences de droit, soit que le COM ne soit qu'une procédure administrative formelle supplémentaire vide de toute portée concrète. Il apparaît donc fondamental qu'une oeuvre de clarification soit menée dans la perspective de la création d'agences régionales de santé et dans le cadre du développement de la contractualisation, qui semble irréversible.

FENINA (A.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
La structure des charges et des recettes des établissements sous dotation globale entre 1995 et 1997.
ETUDES ET RESULTATS
2000/05
N° : 63:
Pages : 8p., 2 graph.
L'auteur de ce document analyse la structure des charges et des recettes des établissements sous dotation globale (frais de personnel, d'équipements lourds, achat de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales), ainsi que l'évolution des dépenses hospitalières de 1995 à 1997.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er063.pdf

GADEL (G.), GUILMIN (A.), THOMPSON (E.), MOUQUET (M.C.), BURETTE (M.A.), DESMOULIERES (A.), GAUTIER (D.), DE LA CHAPELLE (B.), MERTANI (C.), HAURY (B.), L'HELGOUALC'H (M.C.), MIGEVANT (E.), NADAL (J.M.), TAVE-JEANNIN (M.), TOUSSAINT (G.), et al.

L'hospitalisation en France. Le secteur hospitalier. Les équipements et les activités de l'hôpital. Les personnels hospitaliers. Les aspects financiers. Données internationales. Données et chiffres repères. Edition 2000.
INFORMATIONS HOSPITALIERES
2000/03
Pages : 142p., tabl., graph.
[BDSP. Notice produite par ENSP R0x4nAmv. Diffusion soumise à autorisation]. L'édition 2000 de l' "Hospitalisation en France" présente, comme tous les deux ans, les chiffres les plus récents qui caractérisent le système hospitalier français. Il s'agit d'un recueil de statistiques présentées d'une manière générale au niveau national, et par région pour quelques données concernant en particulier les équipements ou les activités autorisés. Ce document utilise de nombreuses sources relatives aux établissements hospitaliers, et notamment les deux principales : le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) et la Statistique Annuelle des Etablissements de Santé (SAE). Cette nouvelle édition a été enrichie d'informations telles que la description des sources principales d'informations utilisées, avec leurs définitions et leurs références électroniques et bibliographiques. A été adopté de façon systématique dans tout le document, une présentation des données selon le secteur, public ou privé, et quand cela était possible, une décomposition entre établissements publics de santé et établissements privés sous dotation globale. Elle utilise des sources provenant de la direction des hôpitaux encore inexploitées dans cette publication telles que le PMSI, le bilan de la carte sanitaire, l'enquête dite SPE auprès des personnel de la fonction publique hospitalière et les remontées du bilan social des établissements publics de santé. (...).

BONNIOL (V.), HARTMANN (L.)
La tarification des cliniques à la lumière du PMSI.
Economie des systèmes de santé.
ECONOMIE PUBLIQUE - ETUDES ET RECHERCHES
1998/2
Vol : N° : 2
Pages : 115-140, tabl.
Depuis la réforme hospitalière de 1991, la réglementation des cliniques privées est soumise à deux types de contraintes : mécanisme de tarification par enveloppe globale, institution et généralisation de l'outil d'évaluation de l'activité médico-économique des établissements hospitaliers : le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Le PMSI permet de valoriser en francs le séjour du malade, avec la mise en parallèle de la grille des GHM (Groupes homogènes de malades) et l'échelle relative des coûts (points ISA : « Indice synthétique d'activité). Ce mécanisme a été testé pendant plusieurs années dans les cliniques volontaires de « l'expérimentation des 84 ». C'est à partir des données obtenues, que cet article étudie la tarification des cliniques compte tenu des GHM. Bien que cette investigation soit encore exploratoire, elle permet de mettre en évidence quelques sources de variabilité des facturations. Quatre aspects sont abordés ici : exposition des règles de paiement des cliniques et de l'hétérogénéité tarifaire, impact attendu et observé de ces règles sur le comportement des producteurs, description de l'expérimentation des « 84 cliniques » et contenu de la base de données, analyse comparative des facturations de cliniques sélectionnées.

TAPIE (B.), COLINOT (N.)
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction des Statistiques et des Etudes. Paris. FRA
Impact des disparités tarifaires sur les dépenses de prestations hospitalières des établissements de santé hors dotation globale.
DOSSIER ETUDES ET STATISTIQUES
1998/07
N° : 41

Pages : 96p., carte, graph., tabl., ann.
Dans un premier temps, le but de cette étude a été de décrire, par établissement ou par « région CRAM », les coûts moyens par journée, facturés pour des séjours homogènes et pour des prestations hospitalières dans le secteur privé. Dans un deuxième temps, cette étude a été menée pour tenter d'expliquer les disparités de coûts entre « régions CRAM » ou entre établissements, en mettant en évidence trois effets : effet prix, effet structure et effet prix-structure.

COLINOT (N.), GAILLARD (A.)
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S). Direction des Statistiques et des Etudes. Paris. FRA
Budget global : mécanisme - résultats définitifs 1996 et provisoires 1997.
POINT STAT
1998/08
N° : 13
Pages : 4p., tabl., graph.
Annoncé par la loi du 19 janvier 1983, mis en place par le décret du 11 août 1983 (modifié par le décret du 31 juillet 1992), le régime du budget global est entré en application en 1984 pour les centres hospitaliers régionaux et en 1985 pour les autres établissements publics et pour les établissements privés admis à participer au service public hospitalier. Ce fascicule présente le mécanisme de la dotation globale (fixation, versement, répartition entre les régimes) et à partir d'un lissage des résultats nationaux fait une évolution temporelle de la répartition nationale par régimes pour les années 1995, 1996 et 1997.

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Département Statistique. Paris. FRA
Etablissements hospitaliers en budget global : aspects régionaux de l'activité pour les disciplines de : spécialités coûteuses et moyens séjour : année 1992.
DOSSIER ETUDES ET STATISTIQUES
1995/07
N° : 30
Pages : 121p., tabl., graph., 1 ann.
Cette étude constitue un complément au dossier n°26, paru en juin 1994, et traite ainsi plus spécifiquement des phénomènes de "fuite" et d' "attraction" des régions pour les disciplines coûteuses et de moyen séjour. En effet, les poids importants constatés pour ces deux disciplines ont conduit à examiner plus précisément les phénomènes de flux associés aux deux disciplines pour chaque région considérée.

DUGLUE (D.)
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Département Statistique. Paris. FRA
L'activité des établissements hospitaliers en budget global : aspects régionaux : année 1992.
DOSSIER ETUDES ET STATISTIQUES
1994/06
N° : 26
Pages : 47p., 34 tabl., graph.
Afin d'enrichir la connaissance de l'activité hospitalière publique au niveau régional, les flux des malades ayant effectué un séjour dans un établissement hospitalier en budget global ont été étudiés au moyen de nouveaux indicateurs régionaux, en terme d'attraction et de fuite (selon que la région considérée correspond au lieu de délivrance des soins ou, à l'inverse, au lieu de résidence du malade). Ainsi, les régions ont été regroupées en cinq catégories : régions "ouvertes", "exportatrices", "fermées", "importatrices" ou moyennes. Ce document décrit la méthode employée pour la réalisation de ces classes, puis les caractéristiques et régions comprises dans ces groupes.

ESCAFFRE (J.P.), GERVAIS (M.), THENET (G.)
Le contrôle de gestion de gestion à l'hôpital public demande-t'il nécessairement un calcul de coûts par produits ?
CAHIERS DE RECHERCHE DE L'INSTITUT DE GESTION DE RENNES
1993/07
Pages : 1-13

Retour d'expérience. La T2A, un levier pour les coopérations sanitaires ? Plaidoyer pour une modélisation économique.
CHAUCHAT (Aymeric)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°523, 2013/02
In : Séminaire. Chaire management des établissements de santé EHESP-IDM. Coopération hospitalière. Articuler stratégie d'établissement/optimum global.
[BDSP. Notice produite par EHESP sR0xEp7J. Diffusion soumise à autorisation]. La tarification à l'activité (T2A) est parfois perçue comme un frein au développement des coopérations sanitaires entre des établissements de santé mis en concurrence pour l'attractivité des professionnels et des patients. Certaines modalités économiques des coopérations intégrant la notion de valeur productive permettent toutefois de sortir du dilemme de la "coopétition" entre établissements. La T2A peut ainsi s'avérer être un véritable levier de reconfiguration de l'offre hospitalière à l'échelle d'un territoire de santé et de conquête de marchés nouveaux. L'expérience menée entre plusieurs établissements publics de la région Nord/Pas-de-Calais contribue à alimenter la réflexion.

En attendant la T2A en SSR.
DEVAILLY (Jean-Pascal), JOSSE (Laurence)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°516, 2012/05
In : Dossier. Le changement.
[BDSP. Notice produite par EHESP 9msR0xEF. Diffusion soumise à autorisation]. Les soins de suite et de réadaptation (SSR), entité administrative créé en 1991 recouvrant le secteur des soins post-aigus en France, forme une mosaïque d'activités de soins englobant des populations beaucoup plus vastes que dans la plupart des pays étrangers comparables. Après la réforme en 2008 des autorisations SSR qui a entraîné la suppression de la distinction entre le secteur de la "rééducation fonctionnelle" et celui des soins de suite et dans l'attente d'une future tarification à l'activité, les questions relatives à l'organisation et au financement de ce secteur deviennent de plus en plus pressantes. Evoquant les modèles étrangers (USA, Canada.), les auteurs posent les termes du débat autour d'un nouveau modèle de financement de la réadaptation.

Tarification publique et normalisation des processus de production dans le secteur de l'aide à domicile pour les personnes âgées ?
GRAMAIN (Agnès), XING (Jingyue)
C, P59
REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES, n°2-3, 2012/04-09
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE CpR0xDAC. Diffusion soumise à autorisation]. Une enquête conduite dans six départements permet d'étudier la mise en oeuvre de la tarification des services d'aide à domicile pour personnes âgées. À l'intérieur du cadre fixé par la loi, la pratique générale consiste à arrêter un tarif horaire de financement qui correspond à un coût de revient théorique calculé à partir des budgets prévisionnels déposés par les services d'aide, "redressés" par des normes locales portant sur le processus de production. La tarification apparaît donc comme un outil de normalisation des processus de production par incitation budgétaire.

Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Ressources humaines (RH) et tarification à l'activité (T2A) : entretiens entre des membre des directions des hôpitaux.
DINU GEORGHIU (Mihai), GUILLEMOT (Danièle), MOATTY (Frédéric)
C, S35/2
SERIE ETUDES ET RECHERCHES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES, n°121, 2012/08
In : Ressources humaines (RH) et tarification à l'activité (T2A) : entretiens entre des membre des directions des hôpitaux.
http://www.drees.sante.gouv.fr/serie-etudes-et-recherche,751.html
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE nljI7R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le secteur hospitalier, de même que d'autres secteurs d'activité, connaît actuellement des transformations importantes suite aux changements organisationnels et aux évolutions de l'environnement des établissements de santé. La tarification à l'activité (T2A), considérée comme la principale réforme des dernières années, est aussi l'une de celles qui divise le plus les professionnels de santé. Si l'intérêt de la réforme est reconnu par un grand nombre de ces professionnels, les conditions de passage de la dotation globale au financement à l'activité, le nouveau rapport défini par la réforme entre le secteur public et le secteur privé, les inégalités budgétaires entre les hôpitaux, la pertinence des critères de classification ou d'évaluation des actes médicaux et des établissements, ou bien la lisibilité de certaines orientations de la réforme font débat. Enfin, l'évolution des compétences et des ressources humaines qui vont de pair avec la mise en oeuvre de la T2A constitue un thème d'interrogation majeur.

BONNICI (B.)
L'hôpital après la loi du 21 juillet 2009.
La santé, quel bilan ?
CAHIERS FRANCAIS
2012/07-08
N°: 369 : Pages : 23-30
Les établissements hospitaliers ont connu une réforme de grande ampleur avec la loi du 21 juillet 2009. Elle a instauré une nouvelle gouvernance caractérisée par les pouvoirs importants conférés aux directeurs des hôpitaux et aux directoires dont ils assument la présidence. Chaque établissement est divisé en plusieurs pôles, la bonne maîtrise de leur pilotage conditionnant le respect des objectifs médico-économiques fixés. Les hôpitaux ont adopté une tarification à l'activité – la T2A – destinée à autoriser leurs dépenses sur la base de leurs recettes et ils développent entre eux une coopération en constituant des réseaux. Dotées de moyens importants, les agences régionales de santé ont notamment pour mission de contrôler leurs activités.

GAGNA (Emile)
Perspectives économiques et financières.
Dossier. Rencontres financières des décideurs de la santé. Dexia 2011.
GESTIONS HOSPITALIERES
2011/06-07
N°: 507 Pages : 394-397
[BDSP. Notice produite par EHESP l9nR0x7A. Diffusion soumise à autorisation]. L'article propose un retour en arrière sur la crise économique qui a débuté en 2008. Sont évoqués le tremblement de terre au Japon et la hausse du prix du pétrole. Les conséquences, dont principalement la dette au regard des perspectives économiques, de l'aide envisagée aux États-Unis et dans la zone euro sont l'objet de l'analyse de l'auteur.

LEBRUN (Louis)
Place de la qualité dans un modèle T2A : un levier de management ?
Quel financement pour l'hôpital public ?
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2011/11-12
N°: 543 Pages : 38-44
[BDSP. Notice produite par EHESP sJR0xkGC. Diffusion soumise à autorisation]. La tarification à l'activité permet, en principe, de rémunérer davantage les établissements de court séjour qui ont plus de séjours ou des malades plus lourds. Mais volume et lourdeur ne sont pas nécessairement corrélés à qualité des soins ou des organisations. Dans un environnement concurrentiel ouvert, les établissements hospitaliers publics visent à concilier pérennité de leurs valeurs et missions au service de la population d'une part, et modèle économique à l'équilibre d'autre part ; cela nécessite de s'attacher à la qualité (et en particulier celle de l'accueil) pour inciter les patients à venir s'y faire soigner et les professionnels à venir y exercer ou à y adresser "leurs" malades. Telle est la démarche suivie notamment par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, qui conduit des projets d'évolution des pratiques sous-tendus par l'amélioration de la qualité dans un contexte de contrainte budgétaire et tarifaire. (R.A.).

GAUBERT (Yves)
Hôpitaux et cliniques : quelle équité de financement en 2012 ?
Quel financement pour l'hôpital public ?
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2011/11-12
N° 543 Pages : 32-33
[BDSP. Notice produite par EHESP R0x9BIF7. Diffusion soumise à autorisation]. Chiffres à l'appui, la Fédération Hospitalière de France dénonce la politique en faveur des cliniques privées menée par le Ministère de la santé et appelle à l'arrêt définitif de la convergence tarifaire entre hôpitaux publics et cliniques.

LAUDE (L.), PEYRET (P.)
T2A et contrôle de gestion ou l'art de la mesure.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2011
Vol : 29 : n°: 4 Pages : 141-153
[BDSP. Notice produite par ORSRA 7kIR0xsH. Diffusion soumise à autorisation]. La mise en place en 2004 d'une tarification à l'activité (T2A) a marqué une nouvelle étape qui interroge le chercheur et les utilisateurs sur au moins 2 points : Comment les politiques publiques construisent-elles des capacités d'actions spécifiques pour les acteurs de terrain ? Comme tous les systèmes de mesure, ceux qui rendent compte de l'activité et du pilotage financier ne sont pas neutres ; comment dès lors sont-ils mis en oeuvre et divergent-ils par rapport à leurs principes initiaux ? Les auteurs s'appuient pour répondre à ces questions sur la réforme du financement des établissements de santé pour proposer quelques pistes de réflexion sur les outils de mesure et leurs impacts à partir de l'exemple de la mise en oeuvre de la tarification à l'activité et de la comptabilité analytique dans les établissements de santé.

GIBELIN (J.L.), POLLET (K.), VASLET (J.C.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Quelle politique et financement alternatifs pour l'hôpital public aujourd'hui et demain ? Actes du séminaire.
CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)
2011/09
Pages : 86-96
Ce dossier présente, en trois articles, les actes du séminaire : Quelle politique et quel financement alternatifs pour l'hôpital public aujourd'hui et demain, que C. Mills anime avec la Fondation Gabriel Péri. Les thémes abordés sont les suivants : Les partenariats public/privé, une mauvaise solution pour les hôpitaux, un cadeau pour le patronat ; Loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) : la fin de l'hôpital public ; Les restructurations dans la fonction publique hospitalière : le travail au coeur des enjeux.

DEMBINSKI (O.), BELART (T.)
Les outils de gestion en psychiatrie : la mise en oeuvre du RIM-P.
Les politiques de psychiatrie et santé mentale en Europe. Incertitudes et perspectives.
SOCIOLOGIE SANTE
2011
Vol : : n°: 34 Numéro spécial : : Pages : 89-116
Cet article examine le processus d'institutionnalisation d'une expertise gestionnaire en santé à travers la création d'agences sanitaires et la mise en oeuvre d'un système d'information en psychiatrie (le RIM-P). En reconstituant la genèse d'une expertise médico-économique en santé, il montre comment la psychiatrie est peu à peu investie par cette nouvelle régulation ainsi que les conditions de sa mise en oeuvre. Il montre comment une hybridation entre connaissance médicale et gestionnaire constitue un préalable indispensable à la mise en oeuvre du RIM-MP. Puis, à partir d'une observation participante réalisée dans trois établissements publics de santé mentale, il rend compte des usages de ce système d'information standardisé. Il révèle des situations très diversifiées selon les établissements et liées notamment à leur capacité à mettre en place une technostructure dont la légitimité repose sur la maîtrise de dispositifs de gestion complexes dédiés à la coordination et au contrôle.

O'REILLY (J.), BUSSE (R.), HAKKINEN (U.), OR (Z.) et al.
Payer pour les soins hospitaliers : l'expérience de la tarification à l'activité mise en place dans cinq pays européens.
Paying for hospital care : the experience with implementing activity-based funding in five European countries.
HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW
2012/01
Vol : 7 : n°: 1 Numéro spécial : : Pages : 73-101
Following the US experience, activity-based funding has become the most common mechanism for reimbursing hospitals in Europe. Focusing on five European countries (England, Finland, France, Germany and Ireland), this paper reviews the motivation for introducing activity-based funding, together with the empirical evidence available to assess the impact of implementation. Despite differences in the prevailing approaches to reimbursement, the five countries shared several common objectives, albeit with different emphasis, in moving to activity-based funding during the 1990s and 2000s. These include increasing efficiency, improving quality of care and enhancing transparency. There is substantial cross-country variation in how activity-based funding has been implemented and developed. In Finland and Ireland, for instance, activity-based funding is principally used to determine hospital budgets, whereas the models adopted in the other three countries are more similar to the US approach. Assessing the impact of activity-based funding is complicated by a shortage of rigorous empirical evaluations. What evidence is currently available, though, suggests that the introduction of activity-based funding has been associated with an increase in activity, a decline in length of stay and/or a reduction in the rate of growth in hospital expenditure in most of the countries under consideration.

CASH (Roland), CASH (Evelyne), DUPILET (Catherine)
Étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires : rapport final.
SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2011/07
Pages : 249p., tabl., graph.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE mB9CR0xp. Diffusion soumise à autorisation]. La tarification à l'activité (T2A) permet en théorie d'orienter l'activité des établissements de santé en agissant sur les tarifs. Par ce biais, le ministère en charge de la santé a ainsi cherché à favoriser des modes de prise en charge des patients jugés efficients. Pour évaluer l'efficacité de ces politiques, la DREES a lancé en 2010 une étude sur la réactivité des

établissements de santé aux incitations tarifaires dans les domaines de la chirurgie ambulatoire et de la dialyse à domicile. En marge des tarifs, l'étude montre que la contrainte réglementaire et la démarche organisationnelle au sein de l'établissement jouent également un rôle important. Les incitations tarifaires doivent donc s'intégrer dans une politique plus globale pour réellement orienter l'activité.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud106.pdf

CASH (Roland), CASH (Evelyne), DUPILET (Catherine)
La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires.
DOSSIER SOLIDARITE SANTE (DREES)
2011/07
N° : 21
Pages : 31p.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9kr8FR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La tarification à l'activité (T2A) permet en théorie d'orienter l'activité des établissements de santé en agissant sur les tarifs. Par ce biais, le ministère en charge de la santé a ainsi cherché à favoriser des modes de prise en charge des patients jugés efficients. Pour évaluer l'efficacité de ces politiques, la DREES a lancé en 2010 une étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires dans les domaines de la chirurgie ambulatoire et de la dialyse à domicile.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201121.pdf

YILMAZ (E.)
Le redressement des comptes des hôpitaux publics observé en 2008 se poursuit en 2009.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2011/01
N° : 684
Pages : 8p., graph, tabl.
Pays : FRA Langue : FRE
La situation économique et financière des hôpitaux publics s'améliore en 2008. Le déficit global des hôpitaux publics se réduit, passant de 486 millions d'euros en 2007 à 345 millions d'euros en 2008 grâce à une progression des produits (+5,4 %) plus forte que celle des charges (+5,1 %). Le déficit représente 0,6 % des produits perçus par les établissements publics de santé. D'après les premières estimations, le déficit continuerait de diminuer en 2009 pour s'établir à 200 millions d'euros, soit 0,3 % des produits. En 2008, l'effort d'investissement continue d'être soutenu sous l'impulsion du plan Hôpital 2012. L'objectif de ce plan est de poursuivre la modernisation du secteur hospitalier. La part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 10,1 % à 10,9 % entre 2007 et 2008. Toutefois, bien que la capacité d'autofinancement des établissements publics de santé progresse en 2008, l'endettement continue de croître à un rythme régulier. Le niveau d'endettement atteint 43 % en 2008.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er746.pdf

VERGNENEGRE (Alain)
Tarification à l'activité. Jusqu'où peut-on aller ?
Dossier. La performance.
GESTIONS HOSPITALIERES
2011/01
N° : 502
Pages : 15-18, graph., tabl.
[BDSP. Notice produite par EHESP m9l8R0xk. Diffusion soumise à autorisation]. La tarification à l'activité (T2A), qui a vu son développement renforcé par les plans Hôpital 2008-2008 et Hôpital 2008-2012, est la conséquence de l'utilisation d'un codage des séjours, par l'intermédiaire des groupes homogènes de malades (GHM), existant depuis une vingtaine d'années au sein des établissements de soins publics et privés. La T2A a fait l'objet d'une

mise en place progressive au travers des lois de financement de la Sécurité sociale : chaque année, les tarifs, associés à l'ensemble de ces séjours, sont publiés par le ministère de la Santé. Parallèlement, la codification en GHM évolue et nous en utilisons actuellement la version 11, une version qui avait essentiellement comme objectif de mieux reconnaître la complexité des patients traités dans les centres de référence et celle des patients polypathologiques âgés. Si on fait souvent jouer à cette T2A des rôles pour lesquels elle n'a pas été mise en place, l'auteur en présente ici les principales applications et les perspectives d'utilisation.

RUELLAN (R.)
La T2A sous contrainte budgétaire globale.
13ème séminaire de l'Etude Nationale de Coûts.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2010/10-11
Vol : 28 N° : 6-7
Pages : 284-289
[BDSP. Notice produite par ORSRA npoR0xEJ. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article présente les rapports de la Cour de Compte sur la T2A : en 2006 sur le démarrage de la T2A, et en 2009 sur la mise en place de la T2A à mi-parcours de sa montée de en charge (2004-2012). Le constat de la Cour est mitigé sur plusieurs points, et la Cour émet des recommandations sur le dispositif de financement qui reste à stabiliser, en accélérant les réformes structurelles générant des gains de productivité.

SCHWACH (V.)
Et qu'en est-il des SSR ? Analyse de quelques limites du modèle de tarification, dit "modèle transitoire".
13ème séminaire de l'Etude Nationale de Coûts.
Paris. FRA
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2010/10-11
Vol : 28 N° : 6-7
Pages : 241-248, rés., tabl.
[BDSP. Notice produite par ORSRA 8GR0xsA7. Diffusion soumise à autorisation]. Le secteur SSR subit une profonde mutation. Engagée par la réforme des autorisations, elle se poursuit par la refonte du mode de financement. La T2A repose sur un idéal de justice, mais sans pouvoir préciser quelle serait la juste rémunération. Elle véhicule également une représentation du secteur SSR, laquelle n'est pas explicitée. L'auteur montre, à partir de la valorisation de l'encadrement médical, que le modèle suppose une homogénéité qui favorise la médicalisation des soins de suite au détriment de la reconnaissance de la technicité des CRF. Un autre exemple concerne le plateau technique. Enfin l'analyse des règles par lesquelles l'ENCc répartit les frais de structures révèle qu'elles défavorisent l'hospitalisation de jour (comparativement à d'autres règles), alors que cette activité devrait être reconnue, voire favorisée. Au total, l'auteur déplore une insuffisance de l'analyse conceptuelle.

SIBILLE (A.L.), BOULET (N.)
Du modèle ENC au modèle ENCc : Impact, exemples. Le point de vue de l'ATIH.
13ème séminaire de l'Etude Nationale de Coûts.
Paris. FRA
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2010/10-11
Vol : 28 N° : 6-7
Pages : 231-233
[BDSP. Notice produite par ORSRA HR0x999B. Diffusion soumise à autorisation]. Le passage de l'Etude Nationale de Coûts (ENC) à l'Etude Nationale de Coûts à méthodologie commune (ENCc) s'inscrit dans le contexte de mise en oeuvre de la T2A MCO et plus

particulièrement de la convergence tarifaire entre les deux secteurs ex-DGF et ex-OQN. En effet, le modèle de l'ENC pour le champ MCO a été revu dans le but de disposer de référentiels de coûts issus d'une méthodologie commune aux deux secteurs. Cet article présente et évalue de façon quantifiée les changements méthodologiques induits. Concrètement, l'application de la nouvelle méthode s'est traduite par une diminution du coût de LGG estimé des séances au profit d'une augmentation du coût de LGG estimé des séjours de moins de 2 jours (CM 24).

BERARD (F.), SICARD (D.), DE GEETER-DELROT (D.)
La T2A : une mal-mesure ? Dossier thématique.
ETHIQUE & SANTE
2010/09
Vol : 7 N° : 3
Pages : 134-161
Ce dossier tente une évaluation de la T2A comme outil de mesure de l'efficience et de l'activité hospitalières en France. Il aborde trois problématiques : tarification à l'activité et nouvelle gouvernance, évolution éthique à l'hôpital à l'heure de la tarification à l'activité, du soignant à la gestion au soignant et la gestion.

LAUNAY (G.)
Vers un modèle de création de valeur liée aux activités de recherche à l'hôpital.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2010/03
Vol : 28 N° : 2
Pages : 65-79, tabl., fig.
[BDSP. Notice produite par ORSRA oFloR0xs. Diffusion soumise à autorisation]. 80 hôpitaux reçoivent de l'assurance maladie une dotation annuelle pour le financement de leurs recherches médicales. Elle est fondée sur des valeurs de résultats (publications, protocoles de recherche, brevets) et sur une proportion de leurs charges fixes. La mise en cause par l'IGAS de l'usage de ces financements peut conduire à afficher, au regard de chaque pôle de l'hôpital, une part de ces dotations. Mais la véritable création de valeur recherche requiert la connaissance des écarts produits-charges et le pilotage des allocations internes. Si les méthodes de la comptabilité analytique doivent être progressivement mises en oeuvre, la démarche la plus pragmatique commande l'émission accrue d'appels d'offres internes, mobilisateurs en 5 ans de tous les financements recherche. L'objectif est de flécher progressivement toutes les charges directes et support à la faveur du pilotage rigoureux des projets de plus forte valeur ajoutée (Résumé d'auteur).

COUTY (E.)
Hôpital public : le grand virage.
La privatisation de la santé.
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010
N° : 28
Pages : 39-48
Les réformes qui font entrer l'hôpital dans le XXIe siècle (plan « Hôpital 2007 » et loi HPST) mettent en place une série de mesures d'inspiration libérale qui peuvent remettre en cause le secteur public hospitalier en France. La convergence des tarifs publics et privés dans le système de financement à l'activité et les effets de marchandisation qu'elle entraîne, les contrats de partenariat public-privé (PPP) pour la réalisation d'investissements et l'exploitation de services hospitaliers, enfin la suppression du service public hospitalier et l'avènement d'une gouvernance pour un hôpital-entreprise sont autant de signaux d'une rupture avec les valeurs qui fondent les missions de l'hôpital public et donnent sens à l'action de ses personnels. Cette rupture s'accompagne d'un retour en force de l'État central, la politique contractuelle étant biaisée par l'institution d'une ligne hiérarchique pyramidale qui

va jusqu'aux services de proximité. L'article s'efforce d'analyser ce processus simultané de « privatisation » et de « nationalisation » qui se met en place dans un contexte économique et financier dont la gravité exige effort de solidarité et rigueur de la part de tous les acteurs (résumé de l'éditeur).

MOISDON (Jean-Claude)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA, Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention : l'exemple des impacts de la T2A.
Fait partie du dossier "Évaluation des politiques publiques sanitaires et sociales".
REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES
2010/01-06
N° : 1-2
Pages : 213-250
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x89HFk. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article reprend une conférence donnée en 2009 sur les méthodes d'évaluation. Dans le cas spécifique de l'évaluation du changement organisationnel, l'auteur défend le choix d'une méthodologie qualitative fondée sur les principes de la recherche-intervention. Pour l'essentiel, cette méthodologie se fonde sur la notion d'interaction instrumentée, par laquelle le chercheur aide les acteurs à modéliser les changements dans lesquels ils s'engagent, et à révéler le champ de forces dans lesquels ces changements s'inscrivent. L'exemple développé ensuite est extrait d'une recherche visant à évaluer les effets organisationnels du nouveau mode de financement des établissements de santé, la tarification à l'activité (T2A).

PEPIN (Michel), MOISDON (Jean-Claude)
Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé : étude qualitative d'un échantillon de huit établissements.
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2010
N° : 16 :
Pages : 24p., tabl.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8p9R0x8C. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude qualitative pour le Comité d'évaluation de la tarification à l'activité (T2A) a pour objectif d'examiner les effets qualitatifs de l'introduction de la tarification à l'activité sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé : prise en charge et parcours du patient, évolution du système de gestion, organisation interne des services, des pôles et de l'établissement, gestion des ressources humaines, stratégie de l'établissement. Cette étude a permis de mettre en lumière un impact fort de la T2A sur l'innovation instrumentale de gestion, soulignant une recherche d'efficience accrue, qui ne s'est toutefois pas accompagné de changements organisationnels de grande ampleur.
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/article201016-2.pdf

SCHELLER-KREINSEN (D.), GEISSLER (A.), BUSSE (R.)
L'ABC des groupes homogènes de malades.
The ABC of DRGs.
EURO OBSERVER - HEALTH POLICY BULLETIN OF THE EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEM AND POLICIES
2009
Vol : 11 N° : 4
Pages : 12p.
Ever since the US Congress adopted the diagnosis related group (DRG) system for paying hospitals for Medicare patients in 1983, case payment mechanisms gradually have become the principal means of reimbursing hospitals in most industrialized countries. Nevertheless, the motives underlying the introduction and the development, as well the specific design

features of DRG systems, vary greatly across countries.This article provides a concise overview of the main issues that need to be considered when scrutinizing and comparing DRG systems. It focuses on (a) objectives and rationales underlying DRG systems, (b) main building blocks of DRG systems, and (c) crucial incentive considerations. It also summarizes briefly the limited empirical evidence on the effect of DRGs on hospital resource use and quality of care. The accompanying case studies in this Euro Observer issue provide more detailed snapshots of individual DRG systems (Austria, Spain and France) exemplifying the great variety of systems across Europe. More in depth analyses are conducted in the framework of the EuroDRG project (www.eurodrg.eu), which compares DRG systems, costs, efficiency and quality of care across European countries and scrutinizes the prospects for a coordinated or even single European DRG system.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/80332/EuroObserver_Winter2009.pdf

OR (Z.)
La tarification à l'activité en France.
Activity based payment in France.
EURO OBSERVER - HEALTH POLICY BULLETIN OF THE EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES (THE)
2009
Vol : 11 N° : 4
Pages : 5-6
The French hospital system is characterized by a wide choice of public and private providers. More than one third of all inpatient care and 56% of all surgery are provided by private for-profit hospitals. Patients can choose freely between public and private hospitals. Activity based payment (ABP) was first introduced in 2004/ 2005 to pay for acute care services (including home hospitalization) with the objectives of improving efficiency; creating a 'level playing field' for payments to public and private hospitals; improving the transparency of hospital activity and management; and improving quality of care.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/80332/EuroObserver_Winter2009.pdf

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA, Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A.
SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2009/09
N° : 94
Pages : 71p., tabl., graph.
Le présent rapport apporte les premiers éléments d'évaluation de la mise en oeuvre de la tarification à l'activité correspondant aux principaux axes identifiés. Pour la plupart ils doivent être complétés par des approfondissements qui seront conduits en 2009 en s'appuyant fortement sur la mobilisation des données issues des sources administratives (données comptables, données de recensement, données relatives à l'activité) dans le prolongement des travaux initiés en 2008.
http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud94.pdf

MOISDON (Jean-Claude)
Étude nationale de coûts à méthodologie commune : apports et limites.
Efficience économique. Dossier.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2009/09-10
N° : 530
Pages : 56-59
Élaborée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) concernant le champ médecine-chirurgie-obstétrique constitue un net progrès sur plusieurs aspects. L'ATIH a réussi à mettre sur pied

un outil précis et cohérent qui permet notamment de surmonter l'obstacle des spécificités des deux secteurs, privé et public, et qui améliore certaines insuffisances de versions ENC précédentes notamment celles relatives à la ventilation des dépenses de logistique générale et aux modalités de calcul des coûts. Mais cet outil comporte aussi des limites et trois remarques peuvent être avancées qui concernent : le modèle comptable, la représentativité statistique, les difficultés de comparaison public/privé.

MENDELSOHN (Marion)
V11 des groupes homogènes de malades : une troisième étape d'adaptation à la T2A.
Efficience économique. Dossier.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2009/09-10
N° : 530
Pages : 48-55
Troisième étape d'adaptation des groupes homogènes de malades (GHM) à la tarification à l'activité (T2A), la V11 modifie en profondeur la description médico-économique de l'activité des établissements. Mais ses effets sur les revenus des établissements ne sont pas encore très visibles dans le cadre de la campagne 2009. Cette campagne intègre notamment l'utilisation de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) et le calcul des tarifs sur des données historiques (secteur ex-OQN). Après avoir rappelé les principes d'évolution de la classification des GHM, l'auteur présente les objectifs et les apports de la version 11.

YILMAZ (Engin)
En 2007, le déficit des hôpitaux publics se creuse.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2009/10
N° : 706
Pages : 8p., tabl., graph.
Entre 2005 et 2007, la situation économique et financière des hôpitaux publics s'est détériorée. Le déficit se creuse et atteint 486 millions d'euros en 2007, soit 0,9% des produits. L'aggravation du déficit est particulièrement marquée pour les centres hospitaliers régionaux (CHR) : leur déficit a doublé en 2007 et atteint 325 millions d'euros, soit 1,6% des produits. Dans une moindre mesure, le déficit des grands centres hospitaliers (CH) augmente de 10% et atteint 220 millions d'euros, soit 1,4% des produits. Le déficit des CH de moyenne taille se stabilise : il représente 0,7% des produits. En revanche, les CH de petite taille, les hôpitaux locaux et les centres hospitaliers spécialisés (CHS) affichent des résultats excédentaires en 2007. Selon les éléments issus des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD), le déficit des hôpitaux publics se réduirait en 2008. Sous l'impulsion du plan Hôpital 2007, les investissements ont considérablement augmenté depuis 2002 et se stabilisent à un niveau élevé en 2007 : la part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 7,2% à 10,1%. Parallèlement, les capacités et les conditions de financement se sont dégradées. Ainsi, la capacité d'autofinancement ne représente plus que 5,1% des produits en 2007 contre 7,2% en 2004. Les hôpitaux publics recourent donc davantage à l'endettement pour financer ces investissements : le niveau d'endettement, qui augmente régulièrement depuis 2003, atteint 40% des ressources stables en 2007.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er706.pdf

SCHWACH (Victor)
T2A en soins de suite et réadaptation (SSR). Premières réflexions.
GESTIONS HOSPITALIERES
2009/04
N° : 485
Pages : 205-209

Après une longue période d'élaboration, d'hésitation, de concertation, le principe est acquis que la tarification à l'activité (T2A) s'étend à l'activité SSR. Déjà sont connus les éléments techniques (l'évolution du programme de médicalisation des systèmes d'information - PMSI) et se précisent les règles d'un dispositif transitoire, en attendant le modèle définitif. Des compétences ont été recherchées pour expertiser les éléments au fur et à mesure de leur dévoilement. Les gestionnaires se sont efforcés d'estimer leur futur budget. Jusqu'ici, la préoccupation a donc été technique. La mise en place encore très récente des éléments et l'importance des enjeux n'ont pas permis de prendre du recul significatif. Aussi les réflexions présentées ici doivent-elles être entendues comme autant d'hypothèses et de pistes pour une analyse plus approfondie qui reste à réaliser.

CRAINICH (D.), LELEU (H.), MAULEON (A.)
Impact du passage à la tarification à l'activité : une modélisation pour l'hôpital public..
Le marché de la santé : efficience, équité et gouvernance.
REVUE ECONOMIQUE
2009/03
Vol : 60 N° : 2
Pages : 471-488, graph.
Cet article analyse les conséquences du passage d'un financement par dotation globale à un financement prospectif lié à l'activité et tentons de déterminer en quoi la réforme pourrait être préjudiciable ou bénéfique à la santé financière des hôpitaux publics. Il développe un modèle théorique qui lie la demande des patients aux décisions conjointes des médecins et des managers d'hôpitaux pour analyser la façon dont le nouveau mode de financement affecte les décisions prises par l'ensemble des agents et donc l'équilibre budgétaire des établissement.

POUVOURVILLE (G. de)
Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas : la mise en oeuvre de la tarification à l'activité.
Le marché de la santé : efficience, équité et gouvernance.
REVUE ECONOMIQUE
2009/03
Vol : 60 N° : 2
Pages : 457-470
Depuis 2004, les établissements hospitaliers publics et privés sont assujettis à un mode de paiement prospectif au cas fondé sur une nomenclature de production importée des États-Unis, le Groupe homogène de malades. L'analyse comparative avec l'expérience nord-américaine montre que le modèle français, sous la forme actuelle de la tarification à l'activité (T2A), s'inscrit dans une contrainte budgétaire globale et que les mécanismes existants de planification de l'offre limite l'autonomie stratégique des établissements. Par ailleurs, le modèle associe des aspects prospectifs et rétrospectifs qui limitent l'incitation à la réduction des coûts. Au final, le modèle français s'apparente plus à un modèle de régulation administrée par les tarifs de l'activité et de la productivité des établissements qu'à un modèle de concurrence par comparaison mis en place aux États-Unis par le programme Medicare. Les conséquences de ce modèle, en termes d'allocation des ressources en France, sont analysées à la lumière d'une sélection de travaux théoriques et empiriques sur les incitations économiques induites par le paiement prospectif au cas.

OR (Z.), RENAUD (T.), LORAND (S.)
Focus sur quatre pathologies et actes courants : l'appendicectomie, l'accouchement, l'angine de poitrine et l'AVC.
Exploitation seconde de la base de l'Etude nationale de coûts (ENC).
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2009
N° : 9

Pages : 16-48
Ce chapitre approfondit l'analyse du coût de prise en charge de deux actes courants – l'appendicectomie et l'accouchement par voie naturelle – et de deux pathologies fréquentes – l'angine de poitrine et l'AVC – dans les établissements hospitaliers publics. L'objectif principal de ces focus est de fournir une analyse descriptive détaillée des différents éléments déterminant le coût hospitalier, et d'identifier leur contribution respective à la variabilité des coûts observés, à la fois au niveau du patient et au niveau institutionnel. Plus spécifiquement, l'objectif est de séparer dans la variabilité des coûts ce qui est imputable à un effet « établissement hospitalier» et ce qui est imputable à un effet «patient».
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/article200909.pdf

OR (Z.), RENAUD (T.)
Analyse comparative du coût de la prise en charge de neuf pathologies et interventions courantes dans le secteur public hospitalier.
Exploitation seconde de la base de l'Etude nationale de coûts (ENC).
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2009
N° : 9
Pages : 6-15
Cette synthèse propose une analyse comparative des coûts hospitaliers de la prise en charge de neuf pathologies et interventions courantes. L'objectif est de fournir des estimations de coûts pour ces interventions tout en étudiant les facteurs contribuant à la variabilité des coûts des séjours. Il ne s'agit pas de calculer un coût de la pathologie proprement dit : l'unité d'analyse est le séjour hospitalier et non pas le malade et sa trajectoire de soins.
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/article200909.pdf

DE POUVOURVILLE (G.), OR (Z.), RENAUD (T.), LORANT (S.), LE VAILLANT (M.), MILCENT (C.), BAILLOT (S.), GEROLIMON (O.)
Exploitation seconde de la base de l'Etude nationale de coûts (ENC).
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2009
N° : 9
Pages : 53p., tabl., graph.
L'étude nationale des coût (ENC), lancée en 1992, est une enquête permanente auprès d'un panel d'établissements hospitaliers publics et privés, à but non lucratif. L'ENC aboutit au calcul d'un coût complet, par séjour pour les établissements considérés, et d'un coût complet par Groupe Homogène de Malades (GHM). Pour réaliser cette étude, à partir de données de l'année d'activité 2003, trois objectifs ont été poursuivis. Le premier est celui du calcul du coût hospitalier de la prise en charge d'une pathologie, au sens strict d'une affection identifiée ici par un groupe de diagnostics de la Classification Internationale des Maladies (CIM) 10e Édition, au niveau de trois caractères alphanumériques. Le deuxième objectif est similaire au premier. Mais le point d'entrée choisi est celui d'un acte ou d'une classe d'actes chirurgicaux donnés. Les analyses réalisées sont les mêmes que pour l'entrée par le diagnostic principal. Les actes chirurgicaux sélectionnés ont été l'accouchement par voie basse, l'appendicectomie, la mastectomie pour tumeur maligne du sein et les pontages coronariens. Un troisième objectif a été celui d'estimer les biais éventuels introduits par l'hétérogénéité clinique des groupes homogènes de malades (GHM), dans la fixation des tarifs et dans la rémunération des établissements, une fois appliquée la technique de redressement utilisée par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH). Le modèle choisi pour cette étude a été l'accident vasculaire cérébral, en distinguant les accidents de type hémorragiques des accidents ischémiques constitués et transitoires.
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/article200909.pdf

YILMAZ (Engin)

En 2006, les hôpitaux publics en déficit.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2009/03
Pages : 6p., graph, tabl.
Cote Irdes : C, P83
Entre 2005 et 2006, la situation financière des hôpitaux publics s'est détériorée. Contrairement à 2005 où le montant des produits était supérieur à celui des charges (avec un excédent de 200 millions d'euros), l'année 2006 est marquée par un déficit de 200 millions d'euros. Ce montant représente 0,4% des produits. Les charges du secteur public hospitalier ont augmenté plus rapidement que les produits totaux (+2,9% contre+2,2%). Les centres hospitaliers régionaux (CHR), hors AP-HP, et les centres hospitaliers (CH) grands et moyens ont vu leur situation économique se dégrader. Le nombre de ces établissements en déficit a augmenté nettement : 23 CHR sur 30 le sont en 2006 alors qu'en 2005, ils étaient 16 dans cette situation. Quant aux CH grands et moyens, un peu plus de la moitié est en déficit en 2006 alors qu'en 2005 cette proportion était d'un tiers. En revanche, les centres hospitaliers de petite taille, les hôpitaux locaux (HL) et les centres hospitaliers spécialisés (CHS) sont restés globalement excédentaires en 2006. Compte tenu de la montée en charge de la tarification à l'activité (T2A), les financements directement liés à l'activité progressent de 41%. En 2006, ils représentent 21% des produits versés aux hôpitaux publics par l'assurance maladie obligatoire.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er684.pdf

BRIFFAUT (Claire), MOURET (Marie-Eve), PIANA-ROGEZ (Arianne)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Examen des liens entre les modes de financement et la planification et les modifications induites par la T2A : rapport final : annexes.
SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2008/11
N° : 82
Pages : 2 vol. (75+167p.)
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9nIDmR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude, réalisée pour le Comité d'évaluation de la tarification à l'activité (T2A), examine les liens entre planification sanitaire et tarification à l'activité. La première partie de l'étude, à dominante théorique, met en évidence les axes de convergence et de divergence entre ces deux logiques, à la fois dans les objectifs, dans les processus de mise en oeuvre et dans le rôle des différents acteurs impliqués. Elle est complétée par deux monographies régionales (Languedoc-Roussillon et Franche-Comté) qui permettent d'illustrer ou de nuancer les différents points de convergence ou de divergence entre tarification et planification. Enfin, une analyse des expériences étrangères sur trois pays (Allemagne, Angleterre et Italie) suggère des pistes de réflexion sur l'articulation entre tarification et planification.
http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud82.pdf,
http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud82-annexes.pdf

GRIMALDI (A.)
L'arnaque de la T2A.
MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2008/09
Vol : 4 N° : 9
Pages : 388-390
L'instauration d'un nouveau mode de financement des hôpitaux dit « à l'activité » est une décision extrêmement importante, qui a et va avoir des conséquences majeures sur l'avenir du service public hospitalier. Son analyse doit être faite d'un triple point de vue : éthique, pratique, démocratique.

Rapport d'activité 2005-2007 du comité d'évaluation de la tarification à l'activité.
SERIE ETUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2008/02
N° : 76
Pages : 101p.
Le premier rapport d'activité du Comité d'évaluation de la tarification à l'activité (T2A) retrace les grandes phases qui ont marqué la réflexion et l'activité de ce comité depuis sa création en 2004. Il est aujourd'hui prématuré d'imputer à la T2A d'éventuelles évolutions observées mais il est important d'établir un état des lieux en amont de la réforme. Il se veut un point de repère pour comprendre le chemin qu'auront parcouru les établissements à chaque nouveau résultat dans les travaux d'évaluation. Ainsi, les premiers résultats relatifs à un effet codage, comprenant le DRG-creep (optimisation tarifaire du codage des séjours), - construction des indicateurs de productivité hospitalière, - point zéro sur la situation économique et financière du secteur hospitalier jusqu'en 2005-sont plus particulièrement développés au sein de ce premier rapport.
http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud76.pdf

LE RHUN (B.) , LEGENDRE (M.C.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Comparaison de la M21 et du Plan Comptable Général.
SERIE SOURCES ET METHODES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2008/09
N° : 1
Pages : 37p., tabl., fig., ann.
Cote Irdes : C, S35/4
La Tarification à l'Activité (T2A) a été mise en place dans les services de médecine chirurgie obstétrique (MCO), à partir de 2004 de manière progressive dans les établissements anciennement sous dotation globale (DG), et entièrement dès le 1er mars 2005 dans les établissements anciennement sous Objectif quantifié national (OQN). Ce mode de financement rend nécessaire la comparaison des deux règles comptables appliquées aux établissements de santé. En effet, la comptabilité des hôpitaux publics suit l'instruction budgétaire et comptable M21, les établissements PSPH la M21 bis qui est une adaptation de la M21 à la spécificité de ces établissements tandis que celle des cliniques privées, anciennement sous OQN, suit le plan comptable général (PCG) au même titre que l'ensemble des entreprises de statut privé commercial. Cette note reprend l'ensemble des comptes de la M21, sous sa nouvelle version du 1er janvier 2006, et ceux du PCG datée de 1999. Dans un premier temps (partie I), cette note compare les deux documents comptables. Il s'avère ainsi que le PCG et la M21 sont assez proches l'un de l'autre; les différences proviennent essentiellement des spécificités juridiques et économiques des établissements, c'est-à-dire le fait d'être des sociétés commerciales pour les cliniques privées et celle d'être des établissements de service public pour les hôpitaux. La fin de cette première partie insiste sur les modifications introduites par la nouvelle M21. La Drees dispose aujourd'hui des balances comptables de chaque hôpital public, des comptes administratifs d'un échantillon d'établissements PSPH et des liasses fiscales des cliniques privées anciennement sous OQN (partie II). Dans un troisième temps (partie III), la mise en regard de ces documents permet d'établir des tableaux de comparaison entre comptabilité publique et comptabilité privée : A chaque ligne du bilan et du compte de résultat des liasses fiscales sont précisés les comptes correspondants de la M21 et du PCG. Ce document a été réalisé par des chargés d'étude de la Drees qui ne sont pas comptables de formation. Des inexactitudes et des imprécisions peuvent apparaître, en particulier dans la correspondance entre l'ancienne M21 et de la dernière mise à jour de la M21 datée de janvier 2006 (partie I) et dans la correspondance entre les postes des liasses fiscales et les comptes du PCG et de la dernière mise à jour de la M21 datée de janvier 2006 (partie III).
http://www.sante.gouv.fr/drees/seriesource-method/pdf/seriesource-method01.pdf

ARBURGER (J.)
Situation économique et financière des cliniques MCO.
REGARDS DE LA FHP
2008/06-07
N° : 64
Pages : 10-14, tab., graph.
Cote Irdes : P23/1
Ce dossier analyse la situation économique et financière des cliniques privées MCO (Médecine chirurgie obstétrique), à partir d'un panel de 50 cliniques de l'Observatoire CTC/FHP, pour la période 2003-2008

CRUETTE (P.)
Situation économique financière des cliniques : état des lieux pour 2006.
REGARDS DE LA FHP
2008/05
Vol : N° : 56
Pages : 12-15, 3 tab., 3 graph.
Cote Irdes : P65
Ce dossier analyse la situation économique et financière des cliniques privées en 2006. Après les résultats plutôt encourageants de 2005, année atypique du fait de la mise en vigueur de la T2A, les résultats de 2006 sont décevants et montrent la caractère fluctuant de la situation économique du secteur avec des nuances en fonction des caractéristiques des établissements.

AUDE (Johanne)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2005 et 2006.
SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2008/08
N° : 80
Pages : 18p.
Cote Irdes : C, S35/2
Depuis le 1er mars 2005, les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des cliniques privées à but lucratif sont entièrement soumises à la T2A. En 2006, le chiffre d'affaires des cliniques a augmenté de 7%, en partie compensé par une baisse des tarifs de 1%. La rentabilité économique des cliniques diminue légèrement par rapport à 2005, les cliniques de taille moyenne (dont le CA est compris entre 6 et 12 millions d'euros) sont celles dont la situation économique est la moins favorable, les cliniques de petite et grande taille maintiennent, au contraire, leur rentabilité économique. La situation économique des cliniques privées, satisfaisante en moyenne, est marquée par une forte hétérogénéité.
http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud80.pdf

BLEIN (C.), CLOT (D.), LAMURE (M.), GARASSUS (P.)
Etude de l'impact des évolutions de classification auprès des établissements de santé du secteur privé.
Economie et management en santé publique : politique de santé et maîtrise médicalisée des dépenses de santé.
SANTE ET SYSTEMIQUE
2006
Vol : 9 N° : 3-4
Pages : 169-204

Cet article propose une réflexion relative à l'évolution de la classification permettant la tarification des GHM à partir des données du programme médicalisé du système d'information (PMSI) français. Dans ce contexte nous avons retenu certaines pistes de réflexion dont certaines sont relatives à l'évolution V7.9 /V7.10 et d'autres plus particulières sur l'analyse des choix arbitrés au sein des classifications. Parmi ces dernières nous avons étudié l'effet de segmentation apporté par la spécification des GHM liés selon la présence ou non des comorbidités associées sévères (CMAS).

BLEIN (C.), CLOT (D.), LAMURE (M.)
Comparaison internationale des systèmes de classification de patients comme outil du paiement prospectif.
Economie et management en santé publique : politique de santé et maîtrise médicalisée des dépenses de santé.
SANTE ET SYSTEMIQUE
2006
Vol : 9 N° : 3-4:
Pages : 65-134
Ce travail retrace les différentes étapes de construction, d'utilisation et d'implémentation du système de classification de patients dans le monde de la santé. Au début de sa création, le système de classification de patients n'était qu'un simple outil mais il est devenu rapidement l'objet d'enjeux importants dans la problématique de la maîtrise de l'inflation des dépenses de santé et notamment celles induites par l'hospitalisation. Le monde de la santé s'intéresse particulièrement à ces systèmes de classification de patients par leur potentialité à modifier les comportements des acteurs et soutenir l'introduction d'une nouvelle forme de financement de soin : le paiement prospectif. Le système de classification de patients s'internationalise très rapidement et fait l'objet de multiples modalités d'implémentation. Cet article décrit les principales formes d'algorithme de groupages observées dans les pays et leurs modes d'utilisation.
Cote Irdes : A3626

LEGENDRE (Marie-Caroline), LE RHUN (Béatrice)
L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2004 et 2005.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2007/07
Vol : N° : 583 Pages : 8p.
Depuis le 1er mars 2005, les activités médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des cliniques privées à but lucratif sont entièrement soumises à la T2A. Ainsi, en 2005, le chiffre d'affaires des cliniques privées a augmenté de 8.7%. Cette augmentation est due en partie à l'accroissement de l'activité mais aussi à une hausse des tarifs. Le nombre d'entrées et venues a progressé de 4.6% pour l'ensemble des cliniques. L'amélioration de la situation financière des cliniques concerne principalement les cliniques MCO. La rentabilité de ces dernières s'établit à 15.1% des capitaux propres supérieure de 7 points à celle de 2004.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er583/er583.pdf

DUMONTAUX (Nicolas), LE RHUN (Béatrice), LEGENDRE (Marie-Caroline)
Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2007/06
Pages : 8p.
Un état des lieux économique et financier des établissements de santé par catégorie est dressé ici. Il est déterminé au début de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans le secteur privé à but lucratif et en amont de sa montée en charge dans le secteur public. Ainsi, en 2005, plus d'un hôpital public sur trois est déficitaire, ils n'étaient qu'un sur quatre en 2002. Pour toutes les catégories d'hôpitaux publics, les investissements

progressent dans le cadre du volet investissement du plan Hôpital 2007. La trésorerie des hôpitaux publics, globalement en augmentation sensible, est pour autant presque nulle pour les plus grands hôpitaux. Dans le secteur privé, le champ d'observation se limite aux seules sociétés d'exploitation. En effet, les données relatives aux sociétés civiles immobilières ne sont pas connues.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er576/er576.pdf

LEGENDRE (Marie-Caroline), LE RHUN (Béatrice)
Les comptes d'exploitation des établissements participant au service public hospitalier (PSPH) entre 2001 et 2004.
ETUDES ET RESULTATS
2006/01
N° : 553
Pages : 4p.
L'enquête annuelle réalisée par la DREES jusqu'en 2005 permettait de recueillir des données comptables et budgétaires de la section d'exploitation du budget général auprès des établissements participant au service public hospitalier (PSPH), des établissements privés à but non lucratif. A partir de cette enquête, il est possible d'estimer des indicateurs de recettes et de charges entre 2001 et 2004, au moment de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) et de l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses). Les PSPH étudiés sont les centres de lutte contre le cancer (CLCC), les établissements de court séjour et de soins de suite et de réadaptation (SSR). On s'est livré à une exploitation de données comptables par le calcul de grands ratios pour les établissements PSPH, l'année 2004 correspondant au point zéro de la mise en place de la T2A. Du côté des recettes, sont examinés les produits bruts qui correspondent à la dotation globale de financement, augmentés des produits de l'activité hospitalière, des produits vendus, ainsi que de la production stockée et immobilisée.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er553/er553.pdf

LE BIHAN (C.), BOUDAY (P.)
La classification actuelle des GHM et la convergence public/privé. Impact du recrutement sur la durée de séjour en pédiatrie.
9ème séminaire de l'Etude Nationale de Coûts.
2005/11/24-25
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2006/05-06
Vol : 24 N° : 3-4
Pages : 157-167, rés., tabl., fig.
La convergence tarifaire entre le secteur public et le secteur privé est inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2005. Dès 2006, l'Etude Nationale des Coûts devrait être fondée sur une méthodologie commune pour les 2 secteurs. Elle aura pour objectif de quantifier et de qualifier les écarts, en analysant plus particulièrement la programmation des activités, la précarité et la variabilité au sein des Groupes Homogènes de Malades (GHM). L'objectif de ce travail était d'examiner la situation pour la pédiatrie en examinant plus particulièrement la variabilité intra GHM. Les séjours hospitaliers des enfants de moins de 16 ans ont été sélectionnés à partir des bases nationales du PMSI de l'année 2003. Le travail a porté sur les Groupes Homogènes de Malades (GHM) dont la durée moyenne de séjours entre secteur public et privé différait d'au moins 2 jours. (résumé d'auteur).

FERONI (I.)
Evolutions institutionnelles, transformations de l'activité : le contexte des restructurations hospitalières des années quatre-vingt-dix. Commentaire.
SCIENCES SOCIALES ET SANTE
2006/12
Vol : 24 N° : 4

Pages : 129-133
Cet article décrit le contexte dans lequel ont eu lieu les restructurations hospitalières des années quatre-vingt-dix.

DE POUVOURVILLE (Gérard)
Financement des MIGAC. Vers un nouveau paradigme de régulation ?
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2006/05-06
N° : 510 Pages : 46-49
En restaurant un lien entre le niveau d'activité des hôpitaux et leurs recettes, la T2A a modifié les incitations économiques auxquelles ceux-ci étaient soumis. Elle est aussi porteuse d'un changement radical dans la relation entre tutelle publique et établissements, en particulier du secteur public et assimilé. Ce nouveau paradigme de régulation repose sur une autonomie et une responsabilisation plus fortes de ces derniers. Ses conséquences sur le financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) font l'objet depuis 2004 de tentatives de clarification et de rationalisation, tant de la part des pouvoirs publics que des hôpitaux. La situation actuelle plaide en faveur d'un cahier des charges par mission, et pour la détermination d'un paiement forfaitaire uniforme au niveau national, permettant un partage de risques entre établissements et payeur public

BUGNON MURYS (Fabrice), BENARD (Ariane), et al.
Dossier. Tarification à l'activité.
GESTIONS HOSPITALIERES
2005/11
N° : 450
Pages : 683-721
Ce dossier est consacré à la tarification à l'activité, sa mise en place dans les différents hôpitaux, entre autre les Hospices civils de Lyon, le Centre Hospitalier de Vexin, nous font part de leur expérience et la méthodologie qu'ils ont employée pour sa mise en oeuvre. Dans certains cas vaincre la réticence par le dialogue avec les praticiens et le personnel hospitaliers. Sont abordés aussi, l'individualisation des schémas thérapeutiques médicamenteux dans la diminution des séjours. Toujours afin de réduire la durée moyenne des séjours hospitaliers faciliter et améliorer l'accès aux plateaux techniques et à l'imagerie médicale.

BADONNEL (Anne), THEOLIER (Sylvie), VALETTE (Pierre-Jean)
Des actions concrètes pour réduire la durée moyenne de séjour. Diminuer les difficultés d'accès au plateau technique d'imagerie.
Dossier : Tarification à l'activité.
GESTIONS HOSPITALIERES
2005/11
N° : 450
Pages : 717-721
Quelque soit leur taille, les centres hospitaliers universitaires ou généraux, sont confrontés à de multiples observations des services cliniques et des patients relatives à des difficultés d'accès aux plateaux techniques d'imagerie. Il n'est pas toujours aisé pour la direction d'objectiver ces remarques. Ces difficultés d'accès, de natures et d'origines différentes, sont l'un des facteurs ayant un impact direct sur la durée moyenne de séjour (DMS) des patients ; elles peuvent aussi avoir une incidence sur le service médical rendu. Elles ne sont pas non plus sans conséquence sur l'activité, qui est désormais la ressource première des hôpitaux.

LELEU (H.), DERVAUX (B.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière dans le cadre de l'évaluation de la tarification à l'activité.
Etudes diverses.
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE
2005/06-09
N° : 3
Pages : 49-66
La mesure d'un indicateur de productivité hospitalière renvoie à plusieurs problématiques qui ont trait à sa définition, à sa mesure, à son champ d'application et à son utilisation. Cet article tente de mettre en lumière les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière afin d'en dégager une méthodologie de mesure adaptée qui pourrait être utile à l'évaluation de l'impact économique de la tarification à l'activité. Une fois passés en revue les différents concepts de performance économique, les auteurs analysent de manière critique la mesure de la productivité propre au secteur hospitalier qui fait l'objet d'une discussion au travers de l'expérience américaine.
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200503.pdf

KERLEAU (M.), LE VAILLANT (M.), OR (Z.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Caractéristiques régionales et structure de l'activité de court séjour : impact sur les coûts hospitaliers par modélisation multi-niveaux.
Etudes diverses.
Paris : La Documentation française
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE
2005/04-06
N° : 2
Pages : 35-47, 4 tabl.
L'objectif de cette étude est d'examiner le rôle de la structure des activités médicales dans la variabilité des coûts des hôpitaux et cliniques lorsque l'on prend en compte non seulement les caractéristiques des établissements, mais aussi les effets régionaux.
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200502.pdf

VILLERET (S.)
Fédération de l'Hospitalisation Privée. (F.H.P.). Paris. FRA, CTC Conseil. Paris. FRA
La santé économique et financière des cliniques en 2003 : enquête CTC Conseil et Observatoire Economique et Financier de la FHP.
REGARDS DE LA FHP
2005/03
N° 33
Pages : 3-16, tabl., graph., ann.
Depuis maintenant dix ans, l'enquête de la société CTC Conseil fournit un bilan annuel de la situation économique et financière des établissements hospitaliers privés. L'étude 2003 porte sur un échantillon de 135 cliniques privées de court séjour. Les différentes segmentations de l'échantillon poursuivent deux objectifs : juger de sa représentativité par rapport à l'ensemble des cliniques MCO françaises et proposer une analyse typologique des principaux indicateurs de la situation économique et financière des cliniques privées.

FASCICULE
MARESCAUX (C.)
Tarification à l'activité : dossier spécial T2A.
BULLETIN DE LA FNEHAD
2005/01
N° : 205
Pages : 14p.

Les séjours de longue durée à l'aune de la T2A.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2004/07-08
Vol : N° : 499
Pages : 62-65
Constatant que sa durée moyenne de séjour est nettement plus élevé que dans d'autres centres hospitaliers et incompatible avec sa mission de court séjour, le centre hospitalier de Lens a confié en 2001 aux sociétés Altao et Gemelli la réalisation d'une analyse rétrospective de son activité hospitalière. Basée sur les données administratives et médicales, cette étude a permis d'identifier les principales caractéristiques administratives des patients séjournant longtemps dans l'établissement, mais aussi de proposer, à partir d'informations uniquement administratives, disponibles à l'entrée du malade, un modèle de classification du patient en fonction du risque à générer un séjour hospitalier long.

Tarification des hôpitaux : la prise en compte des hétérogénéités.
ANNALES D'ECONOMIE ET DE STATISTIQUE
2004
Vol : N° : 74
Pages : 47-82, 8 tab., ann.
Cet article étudie les coûts des hôpitaux publics français dans la perspective d'une réforme de la tarification. Des données à trois dimensions hôpital-séjour-année permettent d'identifier l'hétérogénéité non observée des hôpitaux et la composante de la variabilité du coût attribuable à l'aléa moral transitoire. Celle-ci, loin d'être négligeable, s'élève à 50 % de la variabilité des coûts due à l'hétérogénéité non observée des hôpitaux. Les simulations montrent que l'on peut attendre des économies budgétaires de 16 % environ de l'application d'une tarification qui prend en compte les hétérogénéités non observées entre les hôpitaux et n'élimine que l'aléa moral transitoire.

BOUSQUET (F.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Quelles problématiques et quels indicateurs pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité ?
Outils et méthodes statistiques pour les politiques de santé et de protection sociale.
Paris : La Documentation française
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE
2004/01-03
Vol : N° : 1
Pages : 45-58
La mise en oeuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé est un exemple de la nécessité d'évaluer les objectifs atteints ou à atteindre dans le cadre d'une réforme des politiques publiques. La difficulté de l'exercice réside notamment dans le choix des outils et des moyens à mobiliser pour parvenir à cet objectif "d'évaluation". Dans le cas de la tarification à l'activité, les objectifs assignés à la réforme ont été définis de la façon suivante : une plus grande médicalisation du financement, une responsabilisation plus importante des acteurs, une équité de traitement entre les secteurs publics et privés et enfin le développement d'outils de pilotage économique visant à une rationalisation de la gestion. Après avoir présenté les objectifs qui doivent sous-tendre l'évaluation, l'auteur analyse les propositions de techniques et de méthodes qui permettraient d'en d'aborder de manière cohérente les différents aspects au fur et à mesure de la montée en charge de la réforme.
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200401.pdf

DERVAUX (B.), LELEU (H.)

Adéquation de la tarification à l'activité chirurgicale des établissements privés français.
Modèles frontières en santé.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2002/05-07
Vol : 20 N° : 3-4
Pages : 201-214, rés., tabl., fig., ann.
[BDSP. Notice produite par ORSRA mR0xhr64. Diffusion soumise à autorisation]. Dans cette étude, nous testons l'adéquation de la tarification de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) sur laquelle repose le financement des cliniques aux prix implicites dérivés de l'activité chirurgicale observée des cliniques privées. A partir de l'estimation déterministe d'une fonction-distance paramétrique multi-produits, nous calculons le système de prix implicites des actes chirurgicaux à partir des données de l'enquête Gain Chirurgie en appliquant une version duale du lemme de Shephard. Nous comparons ensuite ces prix aux tarifs de la NGAP. (résumé d'auteur).

RODRIGUES (J.M.), TROMBERT PAVIOT (B.), MARTIN (C.)
Tarification à l'activité dans les hôpitaux : les expériences étrangères peuvent-elles fournir des idées pour la réforme prévue pour 2004 en France ?
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2003/01-03
Vol : 21 N° : 1-2 :
Pages : 81-84
Dans cet article, les auteurs développent, en 7 points, le constat sur l'utilisation des systèmes case mix de type Diagnosis Related Groups (DRG) dans le monde pour le financement, puis 8 recommandations qui en découlent.

HENRIET (D.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Tarification à la pathologie : enjeux et perspectives de l'expérimentation en France.
La tarification à la pathologie les leçons de l'expérience étrangère. Actes du colloque.
Paris : 2001/06/07-08
Paris : La Documentation Française
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE
2002/07
Pages : 21-27
Dans cet article, l'auteur rappelle les deux modes de tarifications utilisés dans le système de soins français puis décrit les principes généraux dont la tarification à la pathologie devrait se prévaloir en France. Il termine enfin sur la description des objectifs que pourrait recouvrer l'expérimentation qui doit être menée en France.

LAROSE (Dominique), BARRE (Stéphanie)
Les contrats d'objectifs et de moyens, véritables outils contractuels.
La contractualisation dans les EPS.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2002/05-06
N° : 486
Pages : 4-9
En l'absence d'avis du Conseil d'Etat et de toute jurisprudence, la nature juridique du contrat d'objectifs et de moyens (COM) reste une inconnue, ce qui fragilise la démarche contractuelle entre l'ARH et les établissements de santé. Les parties au contrat craignent, en effet, soit que le COM ne les engage au-delà de ce qu'elles pourront tenir, avec toutes les conséquences de droit, soit que le COM ne soit qu'une procédure administrative formelle

supplémentaire vide de toute portée concrète. Il apparaît donc fondamental qu'une oeuvre de clarification soit menée dans la perspective de la création d'agences régionales de santé et dans le cadre du développement de la contractualisation, qui semble irréversible.

FENINA (A.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
La structure des charges et des recettes des établissements sous dotation globale entre 1995 et 1997.
ETUDES ET RESULTATS
2000/05
N° : 63:
Pages : 8p., 2 graph.
L'auteur de ce document analyse la structure des charges et des recettes des établissements sous dotation globale (frais de personnel, d'équipements lourds, achat de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales), ainsi que l'évolution des dépenses hospitalières de 1995 à 1997.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er063.pdf

GADEL (G.), GUILMIN (A.), THOMPSON (E.), MOUQUET (M.C.), BURETTE (M.A.), DESMOULIERES (A.), GAUTIER (D.), DE LA CHAPELLE (B.), MERTANI (C.), HAURY (B.), L'HELGOUALC'H (M.C.), MIGEVANT (E.), NADAL (J.M.), TAVE-JEANNIN (M.), TOUSSAINT (G.), et al.
L'hospitalisation en France. Le secteur hospitalier. Les équipements et les activités de l'hôpital. Les personnels hospitaliers. Les aspects financiers. Données internationales. Données et chiffres repères. Edition 2000.
INFORMATIONS HOSPITALIERES
2000/03
Pages : 142p., tabl., graph.
[BDSP. Notice produite par ENSP R0x4nAmv. Diffusion soumise à autorisation]. L'édition 2000 de l' "Hospitalisation en France" présente, comme tous les deux ans, les chiffres les plus récents qui caractérisent le système hospitalier français. Il s'agit d'un recueil de statistiques présentées d'une manière générale au niveau national, et par région pour quelques données concernant en particulier les équipements ou les activités autorisés. Ce document utilise de nombreuses sources relatives aux établissements hospitaliers, et notamment les deux principales : le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) et la Statistique Annuelle des Etablissements de Santé (SAE). Cette nouvelle édition a été enrichie d'informations telles que la description des sources principales d'informations utilisées, avec leurs définitions et leurs références électroniques et bibliographiques. A été adopté de façon systématique dans tout le document, une présentation des données selon le secteur, public ou privé, et quand cela était possible, une décomposition entre établissements publics de santé et établissements privés sous dotation globale. Elle utilise des sources provenant de la direction des hôpitaux encore inexploitées dans cette publication telles que le PMSI, le bilan de la carte sanitaire, l'enquête dite SPE auprès des personnel de la fonction publique hospitalière et les remontées du bilan social des établissements publics de santé. (...).

BONNIOL (V.), HARTMANN (L.)
La tarification des cliniques à la lumière du PMSI.
Economie des systèmes de santé.
ECONOMIE PUBLIQUE - ETUDES ET RECHERCHES
1998/2
Vol : N° : 2
Pages : 115-140, tabl.

Depuis la réforme hospitalière de 1991, la réglementation des cliniques privées est soumise à deux types de contraintes : mécanisme de tarification par enveloppe globale, institution et généralisation de l'outil d'évaluation de l'activité médico-économique des établissements hospitaliers : le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Le PMSI permet de valoriser en francs le séjour du malade, avec la mise en parallèle de la grille des GHM (Groupes homogènes de malades) et l'échelle relative des coûts (points ISA : « Indice synthétique d'activité). Ce mécanisme a été testé pendant plusieurs années dans les cliniques volontaires de « l'expérimentation des 84 ». C'est à partir des données obtenues, que cet article étudie la tarification des cliniques compte tenu des GHM. Bien que cette investigation soit encore exploratoire, elle permet de mettre en évidence quelques sources de variabilité des facturations. Quatre aspects sont abordés ici : exposition des règles de paiement des cliniques et de l'hétérogénéité tarifaire, impact attendu et observé de ces règles sur le comportement des producteurs, description de l'expérimentation des « 84 cliniques » et contenu de la base de données, analyse comparative des facturations de cliniques sélectionnées.

TAPIE (B.), COLINOT (N.)
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction des Statistiques et des Etudes. Paris. FRA
Impact des disparités tarifaires sur les dépenses de prestations hospitalières des établissements de santé hors dotation globale.
DOSSIER ETUDES ET STATISTIQUES
1998/07
N° : 41
Pages : 96p., carte, graph., tabl., ann.
Dans un premier temps, le but de cette étude a été de décrire, par établissement ou par « région CRAM », les coûts moyens par journée, facturés pour des séjours homogènes et pour des prestations hospitalières dans le secteur privé. Dans un deuxième temps, cette étude a été menée pour tenter d'expliquer les disparités de coûts entre « régions CRAM » ou entre établissements, en mettant en évidence trois effets : effet prix, effet structure et effet prix-structure.

COLINOT (N.), GAILLARD (A.)
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S). Direction des Statistiques et des Etudes. Paris. FRA
Budget global : mécanisme - résultats définitifs 1996 et provisoires 1997.
POINT STAT
1998/08
N° : 13
Pages : 4p., tabl., graph.
Annoncé par la loi du 19 janvier 1983, mis en place par le décret du 11 août 1983 (modifié par le décret du 31 juillet 1992), le régime du budget global est entré en application en 1984 pour les centres hospitaliers régionaux et en 1985 pour les autres établissements publics et pour les établissements privés admis à participer au service public hospitalier. Ce fascicule présente le mécanisme de la dotation globale (fixation, versement, répartition entre les régimes) et à partir d'un lissage des résultats nationaux fait une évolution temporelle de la répartition nationale par régimes pour les années 1995, 1996 et 1997.

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Département Statistique. Paris. FRA
Etablissements hospitaliers en budget global : aspects régionaux de l'activité pour les disciplines de : spécialités coûteuses et moyens séjour : année 1992.
DOSSIER ETUDES ET STATISTIQUES
1995/07
N° : 30

Pages : 121p., tabl., graph., 1 ann.
Cette étude constitue un complément au dossier n°26, paru en juin 1994, et traite ainsi plus spécifiquement des phénomènes de "fuite" et d' "attraction" des régions pour les disciplines coûteuses et de moyen séjour. En effet, les poids importants constatés pour ces deux disciplines ont conduit à examiner plus précisément les phénomènes de flux associés aux deux disciplines pour chaque région considérée.

DUGLUE (D.)
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Département Statistique. Paris. FRA
L'activité des établissements hospitaliers en budget global : aspects régionaux : année 1992.
DOSSIER ETUDES ET STATISTIQUES
1994/06
N° : 26
Pages : 47p., 34 tabl., graph.
Afin d'enrichir la connaissance de l'activité hospitalière publique au niveau régional, les flux des malades ayant effectué un séjour dans un établissement hospitalier en budget global ont été étudiés au moyen de nouveaux indicateurs régionaux, en terme d'attraction et de fuite (selon que la région considérée correspond au lieu de délivrance des soins ou, à l'inverse, au lieu de résidence du malade). Ainsi, les régions ont été regroupées en cinq catégories : régions "ouvertes", "exportatrices", "fermées", "importatrices" ou moyennes. Ce document décrit la méthode employée pour la réalisation de ces classes, puis les caractéristiques et régions comprises dans ces groupes.

ESCAFFRE (J.P.), GERVAIS (M.), THENET (G.)
Le contrôle de gestion de gestion à l'hôpital public demande-t'il nécessairement un calcul de coûts par produits ?
CAHIERS DE RECHERCHE DE L'INSTITUT DE GESTION DE RENNES
1993/07
Pages : 1-13

Les ressources humaines

Ouvrages, rapports, working papers

Observatoire national de la radiothérapie - Situation fin 2013 et évolution depuis 2009. Etat des lieux et des connaissances.
En ligne
Boulogne-Billancourt : INCA, 2015/05
http://www.e-cancer.fr/publications/71-soins/853-observatoire-national-de-la-radiotherapie-situation-fin-2013-et-evolution-depuis-2009
Le rapport, destiné aux acteurs du secteur de la radiologie oncologique, a pour principal objectif de leur fournir des données homogènes et communes. Le deuxième objectif est d'évaluer les impacts des politiques nationales sur le secteur de la radiothérapie en France. Le rapport présente les résultats de l'analyse statistique des données recueillies au travers de questionnaires annuels depuis 2009. Les données d'analyse de l'évolution sont recueillies sur cinq ou quatre ans selon la méthodologie présentée. L'analyse statistique présente la situation à la fin 2013 et l'évolution depuis 2009 s'agissant du personnel, des plateaux techniques et de l'activité des centres de radiothérapie oncologique.

Pour une politique régionale de développement de métiers et des compétences en santé : Ressources humaines et Projets régionaux de santé (PRS).
SINGLY (C. de)

Ministère chargé de la santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
En ligne
Paris : Ministère chargé de la Santé, 2014/06
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Mission_de_Singly_-_version_10_juillet_2014_.pdf
Commandé en octobre 2013 dans le cadre de la stratégie nationale de santé, le rapport présente 12 propositions organisées autour de 4 ambitions : développer au sein des projets régionaux de santé une vision stratégique partagée sur les professionnels et les compétences en santé ; rapprocher région, université et Agences régionales de santé (ARS) afin de coordonner les politiques de formations dans les secteurs sanitaire et médico-social ; accompagner les acteurs dans l'animation et la promotion des questions relatives aux emplois, métiers et compétences dans les champs sanitaire et médico-social, en constituant un comité consultatif régional sur ces questions, ainsi que sur l'exercice professionnel et son impact sur la qualité de vie au travail ; promouvoir de nouvelles pratiques professionnelles et de nouveaux modes d'exercice.

Observatoire national de la radiothérapie - Rapport d'enquête : situation fin 2012 et évolution depuis 2007.
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Boulogne Billancourt. FRA
En ligne
Boulogne-Billancourt : INCA, 2014/05
http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/12147-observatoire-national-de-la-radiotherapie-rapport-denquete--situation-fin-2012
Le rapport, destiné aux acteurs du secteur de la radiologie oncologique, a pour principal objectif de leur fournir des données homogènes et communes. Le deuxième objectif est d'évaluer les impacts des politiques nationales sur le secteur de la radiothérapie en France. Le rapport présente les résultats de l'analyse statistique des données recueillies au travers de questionnaires annuels depuis 2007. Les données d'analyse de l'évolution sont recueillies sur cinq ou quatre ans selon la méthodologie présentée. L'analyse statistique présente la situation à la fin 2012 et l'évolution depuis 2007 s'agissant du personnel, des plateaux techniques et de l'activité des centres de radiothérapie oncologique.
Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Boulogne Billancourt. FRA

Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Volume 2. Le développement des ressources humaines : Politiques, méthodes, outils.
C, rediffusion BDSP
Rennes : Presses de l'EHESP, 2014
[BDSP. Notice produite par EHESP 8lErR0xm. Diffusion soumise à autorisation]. La gestion des ressources humaines est un facteur clé de la qualité, de l'organisation et de l'efficience de la prestation des établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux. L'anticipation des compétences nouvelles, le pilotage du changement et la capacité de donner du sens nécessitent de s'appuyer sur des démarches claires et partagées. Cette deuxième édition, enrichie d'expériences nouvelles et à jour des dernières évolutions juridiques, développe des démarches, méthodes et outils qui ont pour objectifs de : gérer l'emploi et développer les ressources ; accompagner le changement et préserver la santé au travail ; suivre et évaluer les politiques sociales ; donner du sens à l'action par des démarches de projet. Ouvrage de référence conçu et réalisé dans la continuité des enseignements professionnels de gestion des ressources humaines dispensés à l'EHESP, ce manuel, écrit par des praticiens pour des praticiens, va à l'essentiel : - les problématiques sont posées au début de chacun des thèmes ; - les apports théoriques sont illustrés par des exemples au plus près des pratiques ; - un index des mots clés permet d'accéder rapidement à l'information voulue ; - des schémas et tableaux synthétisent et facilitent les connaissances.

L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public. Rapport de la Commission permanente de l'attractivité médicale.

Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.). Paris. FRA
En ligne
Paris : Fédération Hospitalière de France, 2014
http://www.fhf.fr/content/download/81828/525526/version/1/file/Rapport+d%C3%A9finitif+FHF+attractivit%C3%A9+m%C3%A9dicale.pdf
L'hôpital public est, et doit le rester, attractif. Il l'est car il offre aux professions médicales un environnement de travail stimulant, par la nature des patients accueillis et des soins délivrés, par les échanges inter et pluri professionnels, par les diversités des missions (soins – enseignement – recherche). Il l'est car le statut de praticien hospitalier offre des conditions d'emploi équilibrées. Il l'est enfin au regard des valeurs qu'il promeut : accessibilité, qualité, excellence, progrès. Toutefois à l'heure actuelle, le risque est grand de voir diminuer l'attractivité des hôpitaux publics et les difficultés de recrutement ou de fidélisation sont devenues réelles. En s'appuyant sur les travaux de sa commission permanente de l'attractivité médicale, le Conseil d'Administration de la Fédération Hospitalière de France propose un plan d'actions pour réaffirmer, faire connaître et renforcer l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins et leur fidélisation. Ce plan d'actions sera mis en oeuvre conjointement par la Fédération Hospitalière de France, les Fédérations Hospitalières Régionales et les établissements.

Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé.
En ligne
Lyon : ATIH, 2014
http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2445/note_bilan_social_2012.pdf
Ce rapport élaboré par le ministère de la Santé et l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) présente les bilans sociaux 2012 des hôpitaux. Il en ressort que les médecins sont mieux payés dans les hôpitaux de taille moyenne, que l'intérim médical compte jusqu'à 5% des dépenses des centres hospitaliers, que le taux d'absentéisme global est de 7% et que chaque praticien a stocké en moyenne 27 jours de compte épargne-temps.

Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital.
CALMES (Gisèle),BENZAKEN (Sylvia),FELLINGER (Francis),OLLIVIER (Roland),PERON (Sylvie)
C, rediffusion BDSP
Rennes : Presses de l'EHESP, 2013
[BDSP. Notice produite par EHESP oR0xCtrF. Diffusion soumise à autorisation]. Une nouvelle politique des ressources humaines médicales est devenue indispensable à l'hôpital. Pour attirer et fidéliser les médecins, elle doit favoriser les parcours individualisés. Pour mieux répondre aux besoins de santé de la population, elle doit s'inscrire dans un pilotage territorial et régional harmonisé. Les voies de cette nouvelle gouvernance sont ici explorées à partir de l'expérience de la direction des affaires médicales du CHU de Dijon et de la région Bourgogne. Des praticiens hospitaliers font part de leur avis sur ces innovations. L'ensemble constitue une invitation à diffuser et partager les réalisations dans un domaine essentiel pour le développement du service public

Absentéisme et rotation du personnel des établissements de santé antérieurement sous dotation globale sur l'exercice 2011.
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Lyon. FRA
En ligne
Lyon : ATIH, 2013/11
Selon ce rapport d'enquête, le taux d'absentéisme global pour motifs médicaux, maternité, paternité et adoption s'élevait à 6,9% en 2011 dans les établissements de santé auparavant sous dotation globale. Ce taux est presque trois fois plus important pour les non-médicaux (7,2%) que les médecins (2,6%). En outre, il grimpe à 8% chez le personnel opérant en services de soins, dont 9,3% pour les aides-soignants et 7,4% pour les infirmiers. Ce travail porte sur 595 établissements. Là où le public affiche un taux global à 6,9%, le privé non

lucratif culmine à 8,2% et affiche un taux supérieur pour chaque catégorie de personnel. L'analyse a été réalisée sur la base des données des 595 établissements ayant répondu à l'enquête Absentéisme et rotation du personnel 2011, représentant 72% des établissements publics de plus de 300 agents enquêtés (établissements pour lesquels la participation est obligatoire) et 78% des produits globaux des établissements publics de santé de plus de 300 agents ayant remonté leur compte financier 2011.

Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines.
TOUPILLIER (D.),GUILLOT (J.P.),OLLVIER (R.),VERRIER (B.),COUTY (E.) / dir.
Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA
En ligne
Paris : Ministère chargé de la santé, 2013/01
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_final_groupe_2-3.pdf
Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l?hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. Le rapport ci-contre a été réalisé par le groupe de travail sur la rénovation du dialogue social et la gestion des ressources humaines.

Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier. Mise à jour au 15 mai 2012.
LAMY (Yves), LUCAS (André), SACCO (Marie-Thérèse)
C, rediffusion BDSP
Rennes : Presses de l'EHESP, 2012
[BDSP. Notice produite par EHESP 9o8FER0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cet ouvrage présente la carrière du fonctionnaire hospitalier sous 12 points clés : 1-Recrutement et stage 2-Positions statutaires 3-Notation et évaluation 4-Avancement d'échelon, de grade et changement de corps 5-Rémunération 6-Droits sociaux des personnels hospitaliers 7-Formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV) 8-Discipline 9-Cessation de fonctions 10-Organisation du temps de travail 11-Exercice du droit syndical et du droit de grève 12-Instances consultatives. Cette onzième édition intègre les plus récentes dispositions législatives et réglementaires, notamment la loi relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations ainsi que les derniers textes concernant les instances de représentation des personnels et l'exercice du droit syndical pris en application de la loi du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social. Elle prend aussi en compte, dans la suite de la loi HPST, les décrets relatifs aux professions de santé, en particulier ceux qui décrivent le Développement professionnel continu (DPC). Cette édition comporte également les dernières évolutions de la réforme des retraites, la refonte des catégories B, l'expérimentation de la démarche d'évaluation, les dispositions relatives aux cumuls d'activités, les nouvelles règles en matière de remboursement des rémunérations indûment perçues.

Inspection générale des affaires sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
L'Hôpital. Rapport 2012 de l'Inspection Générale des Affaires sociales.
AUBERTIN (A.), LEPINE (C.), COSTE (P.), et al.
C, A4430
Paris : La Documentation française, 2013
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000107/index.shtml
[BDSP. Notice produite par EHESP JkCFrR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport annuel de l'Inspection générale des affaires sociales 2012 est consacré à l'hôpital. Dans une première partie, le parti a été pris de
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA

focaliser l'analyse sur une dizaine de questions d'actualité : Quel rôle et quelle place pour l'hôpital dans le système de santé en France ? Les réformes du financement et de la gouvernance ont-elles eu des effets bénéfiques sur les hôpitaux ? L'exigence économique à l'égard des établissements de santé est-elle trop forte ? Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? Comment améliorer la sécurité et la maîtrise des risques dans les établissements de santé ? Quelle place pour l'usager de l'hôpital ? Sait-on mettre à profit tout le potentiel des ressources humaines hospitalières publiques ? Puis, dans une seconde partie, l'IGAS revient sur une sélection de 25 rapports réalisés de 2009 à 2012. Enfin, chiffres et définitions fournissent quelques clés d'accès au lecteur.

Inspection générale des affaires sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé.
BRUANT-BISSON (Anne), CASTEL (Paul), PLANEL (Maurice-Pierre)
B7132
Paris : IGAS, 2012
http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article287
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xkBq89. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport consacré à l'évaluation des effets de la tarification à l'activité (T2A) sur le management des établissements de santé a été inscrit au programme d'activité de l'Inspection générale des affaires sociales. Prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, la tarification à l'activité se substitue à la dotation globale versée aux établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier depuis 1984, et au paiement à la journée applicable dans les établissements privés a but lucratif, avec un double objectif : rétablir un lien entre le financement et l'activité des établissements de santé ; instaurer l'équité de traitement entre établissements. Il s'agissait de faire disparaître progressivement les disparités de financement constatées entre des établissements ayant des tailles, des volumes et des secteurs d'activité comparables.

Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Rapport annuel sur l'état de la fonction publique. Politiques et pratiques de ressources humaines - Faits et chiffres. Edition 2012.
A4453
Paris : la Documentation française, 2012/12
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000074/0000.pdf
http://www.fonction-publique.gouv.fr/publications/rapport-annuel-0
Le Rapport annuel sur l?état de la fonction publique comprend deux parties : "Politiques et pratiques de ressources humaines" et "Faits et chiffres ". La première partie met l?accent cette année sur deux axes essentiels en matière de gestion des ressources humaines : une gouvernance et un dialogue social rénovés et une politique des ressouces humaines socialement responsable. La seconde partie, "Faits et chiffres", propose un bilan social complet de la fonction publique grâce à l'harmonisation en cours des données statistiques sur les fonctions publiques de l'État, territoriale et hospitalière. Les "Vues d'ensemble" présentent des analyses de référence sur l'emploi, les recrutements, les départs à la retraite et les rémunérations ; les "Dossiers" présentent cette année des analyses sur la localisation des agents de l?État sur le territoire, leurs spécificités en terme de genre et âge et l'insertion des jeunes à travers les stages ; les "Fiches thématiques" proposent les données chiffrées les plus récentes sur l'emploi public, les flux de personnels, les parcours professionnels, la retraite, les dépenses de personnel et les rémunérations, la formation, les temps et les conditions de travail, les relations professionnelles et la politique sociale.

TOUPILLIER (D.), YAHIEL (M.)
Ministère du Travail - de l'Emploi et de la santé. Paris. FRA, Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers. (C.N.G.). Paris. FRA

Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé.
Paris : Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé ; Paris : CNG
2011/01
Les deux auteurs de ce rapport dressent un bilan des attentes des personnels sur les pratiques de gestion des ressources humaines à l'hôpital. Ce bilan intervient au moment où tous les principaux défis à relever par l'hôpital comportent une forte dimension RH, ainsi : la performance hospitalière, qui repose sur la qualité de l'organisation des équipes ; la santé et la sécurité au travail ; l'attraction et la rétention des compétences essentielles au fonctionnement des hôpitaux ; la juste adaptation des ressources aux caractéristiques de l'activité, et ce 24h/24 et 7j/7 ; l'évolution permanente de l'offre de soins, pour toujours mieux répondre aux besoins de la population ; le dialogue social. C'est dans un tel contexte que la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) a donné davantage d'autonomie aux équipes médico-soignantes dans la gestion des pôles d'activité. Les services administratifs « traditionnels », comme les services de gestion du personnel, sont donc amenés à évoluer, pour mieux répondre aux besoins d'appui des manageurs des pôles. Le rapport analyse la transformation de cette fonction de gestion du personnel à l'hôpital, fonction plus que jamais partagée. Dans leur rapport, Danielle Toupillier et Michel Yahiel ont élaboré 34 recommandations, qui reposent sur 3 grands axes d'amélioration : donner plus de sens, en réaffirmant la valeur du service public hospitalier, en associant davantage les personnels, en positionnant mieux les cadres ; faire le pari de l'autonomie des différents intervenants à la fonction ressources humaines, pour passer d'une gestion fortement administrative à une gestion plus stratégique ; outiller et appuyer la fonction ressources humaines, en développant une « vision RH » de la performance hospitalière.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_la_modernisation_de_la_politique_des_ressources_humaines_dans_les_etablissements_publics_de_sante.pdf

TOUPILLIER (D.), YAHIEL (M.)
Ministère chargé de la Santé (M.S.S.P.S.). Paris. FRA, Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers. (C.N.G.). Paris. FRA
Résultats de l'enquête sur la politique de modernisation des ressources humaines dans les établissements publics de santé. Annexes.
Paris : Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé ; Paris : CNG
2010/10
Pages : 77p.
Ce document présente les annexes du rapport de l'enquête sur la politique de modernisation des ressources humaines dans les établissements publics de santé : méthodologie ; profils des répondants ; définition de la politique de ressources humaines ; gestion des ressources humaines et performances ; compétences et accompagnement des parcours professionnels ; organisation et moyens de gestion des ressources humaines ; Questionnaires..
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Annexe_du_Rapport_sur_la_modernisation_de_la_politique_des_ressources_humaines_dans_les_etablissements_publics_de_sante_-_Resultats_enquete.pdf

BATZ DE TRENQUELLEON (Charles-De), LESTEVEN (Pierre)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Cumul d'activités dans la fonction publique hospitalière.
Rapport IGAS ; 2011 099.
Paris : IGAS
2011
Pages : 116p.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 89m8R0xH. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport dresse un état des lieux de la situation de cumul d'emplois dans la fonction publique hospitalière - en particulier pour les personnels exerçant des métiers de soignants. Le rapport est centré sur la réglementation existante et ses évolutions récentes ainsi que sur la

jurisprudence constituée par les avis de la formation spécialisée de la commission de déontologie compétente pour la fonction publique hospitalière ; sur l'exploitation des données sociales existantes pour le personnel de la fonction publique hospitalière pour objectiver et caractériser de manière fine le phénomène de cumul d'activités ; sur l'analyse des risques engendrés par les situations de cumuls non autorisés et non maîtrisés ; sur les voies et moyens d'amélioration de la maîtrise de ces risques et de réduction du phénomène de cumul irrégulier d'emplois.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000573/0000.pdf

BERTOSSI (C.), PRUD'HOMME (D.)
Institut Français des Relations Internationales. (I.F.R.I.). Centre Migrations et Citoyennetés. Paris. FRA
La diversité à l'hôpital : identités sociales et discriminations.
Paris : IFRI
2011
Pages : 11p.
La diversité est aujourd'hui une réalité importante des établissements hospitaliers en France. L'hôpital public et privé emploie un personnel très diversifié socialement et culturellement et lui offre des opportunités de mobilité sociale ascendante. Cette diversité constitue une ressource qui permet à l'institution de recevoir une population elle-même très diversifiée, issue de l'immigration ou originaire des DOM-TOM. Les perceptions et représentations sociales qui encadrent cette diversité s'inscrivent dans une logique institutionnelle propre aux établissements hospitaliers et ne ressemblent pas aux cadres dominants du débat public sur ces sujets. Ainsi, alors que le débat public se focalise sur la question de la laïcité à l'hôpital (refus de soin, port de signes religieux par le personnel), cette question n'est pas perçue comme prioritaire par les professionnels sur le terrain. En revanche, la discrimination raciale qui prend plusieurs formes à l'hôpital (entre personnels, entre personnels et usagers) n'apparaît que rarement comme une priorité dans la réflexion et l'action des gestionnaires des établissements (direction, RH). Cette étude sur la construction des identités sociales et des discriminations dans le contexte hospitalier s'appuie sur une enquête de terrain conduite dans 4 établissements publics et privé de la région Ile-de-France entre mars 2009 et décembre 2010. Au total, 116 entretiens ont été réalisés avec des professionnels hospitaliers (médicaux, paramédicaux et administratifs), des patients et des représentants du secteur associatif investis à l'hôpital (D'après le résumé d'auteur).

GUIBERT (Grégory), DE MONTALEMBERT (Pierre), VERDIER (Fabien)
Directeur d'hôpital : l'essor d'une profession.
Rennes : Presses de l'EHESP
2011
Pages : 152p., ann., index
[BDSP. Notice produite par EHESP s777CR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Fleuron du progrès médical, scientifique et technique, souvent premier employeur de son territoire, l'hôpital public est aussi par excellence le symbole de l'Etat providence. A sa tête, assisté de ses adjoints, le directeur est doté de pouvoirs exceptionnels pour un fonctionnaire. Il exerce son autorité sur des équipes aussi nombreuses que disparates et gère au minimum des dizaines de millions d'euros par an. Partagé entre une réelle liberté d'action et les contraintes d'une mission de service public essentielle, entre son ancrage territorial et la tutelle de l'Etat, il doit aussi composer avec les contrepoids médicaux et syndicaux sur un terrain largement occupé par les élus locaux. Cet acteur incontournable de notre société civile demeure pourtant méconnu du grand public, voire du personnel hospitalier lui-même. Trois jeunes directeurs d'hôpital, frais émoulus de l'Ecole des hautes études en santé publique (47e promotion, Avicenne, 2008-2010), ont voulu donner à leur métier le coup de projecteur qu'il mérite. Déjouant les pièges du corporatisme comme ceux de l'hagiographie, ils retracent à grands traits l'histoire de leur corps, depuis sa création, en 1941 jusqu'à la loi HPST en 2009, en passant par les principales étapes de son évolution. Nourri d'entretiens avec des

représentants du monde hospitalier, leur propos n'est pas seulement historique. Il embrasse nombre de débats contemporains (le directeur devrait-il être nécessairement médecin ? Ou sortir d'une grande école de commerce ?) sur la gouvernance hospitalière, sans oublier ceux qui engagent l'avenir. Quels directeurs, avec quelle formation, pour quels hôpitaux en 2025 ? Telle est l'interrogation finale d'un ouvrage qui dévoile un métier à tous égards passionnant.

YAHIEL (M.) , MOUNIER (C.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?
Rapport Igas ; RM2010-155P
Paris : Igas
2010/11
Pages : 73p.
Dans le prolongement du rapport de la Mission « Cadres Hospitaliers » présidée en 2009 par Chantal de Singly, l'Inspection générale des affaires sociales a été chargée de mener une réflexion sur la formation de ces cadres. La mission avait trois objectifs : tout d'abord étudier l'évolution à la fois qualitative et quantitative des besoins de formation professionnelle ; ensuite définir le schéma cible du dispositif de formation initiale et continue des cadres hospitaliers ; enfin proposer un plan d'action permettant d'assurer une transition, à moyen terme entre la situation actuelle et ce schéma cible, en précisant notamment les principaux jalons et le rôle des différents acteurs concernés.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000037/0000.pdf

Cour des Comptes. Paris. FRA
Médecins et hôpitaux des armées.
Paris : la documentation française
2010/10
Pages : 140p.
La Cour des comptes porte un regard d'ensemble sur la façon dont le service de santé des armées s'organise pour assurer sa mission fondamentale et analyse en particulier le recrutement, la formation initiale et la gestion des 1 900 médecins et 4 500 infirmiers militaires. Elle examine la capacité du service de santé des armées à remplir conjointement sa mission régalienne de défense et sa mission publique de santé. Dans ce rapport, la juridiction porte une appréciation sur le soutien médical apporté aux troupes engagées dans les opérations extérieures, sur son adaptation à l'évolution des conflits, à travers notamment l'examen des capacités de transport des blessés, de la coopération avec les alliés et de l'aide apportée aux populations locales. Elle examine la préparation opérationnelle des médecins présents dans les unités en analysant leur activité de soins et leur implication dans la médecine d'urgence. Enfin, depuis la fin des années 90, une nouvelle stratégie hospitalière a été définie, qui repose sur neuf hôpitaux d'instruction des armées, représentant au total 2 700 lits, dont l'activité est civile à plus de 90 %. La Cour présente donc dans ce rapport, à la lumière des autres options d'organisation retenues par l'Allemagne ou le Royaume-Uni, le bilan de la participation des hôpitaux militaires au dispositif public de santé et l'impact financier de leur fonctionnement pour le budget de la défense.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000529/0000.pdf

CHAMBAUD (L.), KHENNOUF (M.), LANNELONGUE (C.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers. Tomes I et II.
Rapport RM2008-147P
Paris : La Documentation française
2009/01
Pages : 2 vol. (134+54p.), tabl., graph., annexes.

Par lettre du 28 février 2008, la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports a demandé à ce que soit réalisée une mission sur les rémunérations des médecins et chirurgiens hospitaliers. Le premier objectif était d'établir un état des lieux des rémunérations perçues par ces médecins au cours des dernières années et, sur la base de celui-ci, d'élaborer des propositions d'évolution des systèmes de rémunération. Il s'agissait notamment d'étudier l'intérêt et la faisabilité d'une démarche de convergence des systèmes de rémunération des différents modes d'exercice, à partir des évolutions préconisées dans le rapport de la mission Larcher.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000043/0000.pdf

MILON (A.)
Sénat. Commission des Affaires Sociales. Paris. FRA
Rapport d'information sur l'avenir de la chirurgie en France.
Rapport d'information ; n° 287
Paris : Sénat
2008
Pages : 50p., ann.
Cote Irdes : B6263
L'organisation de l'offre de soins sur le territoire national est aujourd'hui au cœur des préoccupations des pouvoirs publics, qui tentent de conjuguer une réponse appropriée aux besoins sanitaires des Français et une utilisation aussi efficiente que possible des moyens humains et matériels. La commission des affaires sociales a souhaité apporter une contribution à la réflexion générale en étudiant le cas de la chirurgie. Deux raisons ont présidé à ce choix : d'une part, il s'agit d'une profession dont l'exercice a été profondément modifié au cours des dernières années par l'évolution des techniques, les tensions démographiques et la spécialisation croissante de la discipline ; d'autre part, si les services de chirurgie jouent, comme les maternités, un rôle emblématique dans l'accès aux soins, le coût et les contraintes de fonctionnement de ces services posent, dans de nombreux établissements, la question de leur maintien. En abordant les questions de l'attractivité du métier de chirurgien, de la formation des étudiants, de la rémunération et des modalités d'exercice de la profession, le rapport d'Alain Milon propose une série de mesures susceptibles de conforter l'avenir de la chirurgie en France, dans le souci d'assurer à tous une offre de soins de qualité, réalisés au moyen de plateaux techniques innovants et prodigués par des praticiens confirmés.
http://www.senat.fr/rap/r07-287/r07-2871.pdf

HAEUSLER (Laurence) , BIZET (V.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S). Sous-direction des Professions Médicales et des Personnels Médicaux Hospitaliers. Paris. FRA
Synthèse annuelle des données sociales hospitalières : Année 2003 - Etablissements publics de santé.
Paris : DHOS : 2005/11 : 154p., graph., tabl.
L'exploitation des informations provenant d'un échantillon de bilans sociaux des établissements de santé d'au moins 300 agents et de l'enquête statistique " coûts et carrières " réalisée par les services de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, se concrétise pour la 14ème année consécutive par la diffusion d'un document de synthèse. Cette publication s'intègre dans le dispositif de veille sociale, elle donne une vision rétrospective de l'évolution des données sociales des établissements de taille importante. Les principaux indicateurs observés portent sur la démographie, l'emploi, les conditions d'hygiène, de sécurité et de travail, la formation, les relations sociales et les recompositions. L'intérêt de ce rapport est de permettre aux établissements hospitaliers de comparer leur situation à celles d'autres structures de même importance, de s'interroger sur leur situation et par là même de dégager leurs caractéristiques. Cette comparaison est possible grâce à la qualité de l'information, plus pertinente d'année en année, recueillie par les établissements

participant à l'enquête depuis 1991. Ce rapport de synthèse regroupe les informations relatives aux années 2003, 2002 et 2001. Dans un souci de clarté, l'évolution des principaux indicateurs contenus dans les bilans sociaux des établissements, visualisée sous forme de graphiques, porte sur des périodes plus longues, de 6 à 10 ans.

Conseil National de la Chirurgie. (C.N.C.). Paris. FRA
Recommandations du Conseil National de la Chirurgie.
Paris : CNC : 2005/09 : 8p.
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/reco_cnc/recommandations.pdf
De nombreux travaux et rapports effectués ces dernières années soulignent les difficultés que connaît aujourd'hui la chirurgie française. Les causes sont multiples et clairement identifiées. Le Conseil National de la Chirurgie (CNC) mis en place par Philippe DOUSTE BLAZY, ministre de la santé, le 17 Juin 2004 a travaillé pendant une année pour répondre aux inquiétudes des chirurgiens français et aux problèmes de santé publique. Aujourd'hui, le CNC est en mesure de présenter ses recommandations. Elles ont comme objectif essentiel de redonner de l'attractivité à la chirurgie.

Taylor Nelson Sofres. (T.N.S.). Montrouge. FRA
Décision santé. Issy les Moulineaux. FRA
Baromètre des Etats Hospitaliers vus par ses cadres. Présentation du 9 décembre 2005.
Montrouge : Tns Sofres : 2005/12 : 66p.
Pour la 4ème année consécutive, Décision Santé a demandé à TNS Sofres de conduire auprès des professionnels hospitaliers "l'Observatoire des états hospitaliers" . Ce document est un baromètre qui permet de suivre et d'évaluer les tendances et évolutions perceptibles au sein de la communauté hospitalière. Il permet également à des "partenaires" de l'hôpital (cette année exclusivité laboratoire GSK) de pouvoir l'interroger et répondre au mieux à ces attentes, sur la base de questions additionnelles. Ce Baromètre des attentes et opinions des acteurs hospitaliers par rapport à leur métier, permet d'identifier leurs problématiques professionnelles et individuelles, ainsi que leur image de l'industrie pharmaceutique (résumé d'auteur).

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. Paris. FRA
Temps de travail des médecins et organisation des services : rapport d'étape.
Paris : Ministère chargé de la Santé
2003
Pages : 18p.
La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) a été créée par la LFSS pour 2003. Avec la Mission " Tarification à l'activité " et la Mission " Aide à l'investissement ", elle fait partie des trois missions opérationnelles installées par le ministre de la Santé pour mettre en œuvre le Plan Hôpital 2007. L'ensemble des missions conduites par la Meah vise à faire émerger "une meilleure organisation des activités hospitalières qui combine qualité du service rendu au patient, efficience économique et conditions de travail satisfaisantes pour le personnel". 6 thèmes figuraient au programme de travail 2003 : le temps d'attente aux urgences, le temps de travail des médecins, l'organisation des services de radiothérapie, les achats dans les hôpitaux et cliniques, l'organisation des services d'imagerie, la mise en œuvre de la comptabilité analytique. Les quatre premiers ont été lancés en juillet 2003 et ont fait l'objet de rapports d'étape accessibles sur le site Internet de la mission. Les premiers constats dégagés jettent une lumière crue sur les pratiques de l'hôpital. Ce document présente les résultats d'une enquête réalisée auprès de dix établissements hospitaliers pour évaluer le temps de travail des médecins et l'organisation des services. Quel que soit le thème abordé par la mission, la conclusion est la même : il y a des services bien gérés, d'autres moins, des organisations efficaces et d'autres qui ne permettent pas d'assurer une bonne prise en charge des malades. Le site de la mission : http://www.meah.sante.gouv.fr/.

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. Paris. FRA
L'organisation des services de radiothérapie : rapport d'étape.
Paris : Ministère chargé de la Santé
2003/10
Pages : 24p.
La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) a été créée par la LFSS pour 2003. Avec la Mission " Tarification à l'activité " et la Mission " Aide à l'investissement ", elle fait partie des trois missions opérationnelles installées par le ministre de la Santé pour mettre en œuvre le Plan Hôpital 2007. L'ensemble des missions conduites par la Meah vise à faire émerger "une meilleure organisation des activités hospitalières qui combine qualité du service rendu au patient, efficience économique et conditions de travail satisfaisantes pour le personnel". 6 thèmes figuraient au programme de travail 2003 : le temps d'attente aux urgences, le temps de travail des médecins, l'organisation des services de radiothérapie, les achats dans les hôpitaux et cliniques, l'organisation des services d'imagerie, la mise en œuvre de la comptabilité analytique. Les quatre premiers ont été lancés en juillet 2003 et ont fait l'objet de rapports d'étape accessibles sur le site Internet de la mission. Ce document concerne l'évaluation des services de radiothérapie à l'hôpital, et relève d'importantes disparités entre services de radiothérapie tant sur la productivité par machine, par médecin ou par manipulateur que sur l'utilisation des équipements avec des délais de mise en traitement marquant d'importantes différences et excédant parfois les standards couramment admis. Quel que soit le thème abordé par la mission, la conclusion est la même : il y a des services bien gérés, d'autres moins, des organisations efficaces et d'autres qui ne permettent pas d'assurer une bonne prise en charge des malades. Le site de la mission : http://www.meah.sante.gouv.fr/

POUCHELLE (M.C.)
L'hôpital corps et âme : essais d'anthropologie hospitalière.
Paris : Seli Arslam
2003
Pages : 218p.
N'y a-t-il que du corps et de la technique en salle d'opération ? Qu'évoque réellement l'anesthésiste lorsqu'en endormant le patient il lui propose de "partir en croisière" ? Dans les espaces les plus clos de l'hôpital, au bloc ou en réanimation, l'ethnologue repère des représentations d'ordinaire associées aux cultures chamaniques familières du voyage de l'âme. Incertitudes et contradictions foisonnent à l'hôpital en ce qui concerne la nature et le rôle de la psyché, tandis que, sous couvert d'asepsie, ont été mises en place des pratiques correspondant aux rites initiatiques des sociétés traditionnelles. Ainsi en va-t-il par exemple de l'isolement rigoureux encore imposé aux malades dans certains services de réanimation. Contraintes techniques et nécessités symboliques se recouvrent mutuellement à l'hôpital, et d'une manière d'autant plus serrée qu'il s'agit des frontières entremêlées de la vie et de la mort, dans des zones de risques vitaux et d'entre-deux particulièrement propices à la ritualisation. Par ritualisation, j'entends le développement de comportements stéréotypés et répétitifs destinés à conjurer le malheur, à assurer le succès des procédures, à canaliser les affects, à cimenter la communauté des initiés et à la distinguer de la masse informe des profanes. Bien que dans les sociétés traditionnelles vivantes les rites soient relativement plastiques, à l'hôpital ils s'accompagnent souvent d'une forte résistance au changement, au-delà de toute évaluation rationnelle des protocoles : "on est dans la glu". (4e de couverture).

Inspection Générale des Affaires sociales (I.G.A.S). Paris. FRA
Gestion des praticiens hospitaliers.
Paris : IGAS
2002/12
Pages : 100p., 20 tabl., 16 ann

Ce rapport est le résultat d'une enquête réalisée en 2002 par l'IGAS auprès des praticiens hospitaliers, à la demande du Ministre chargé de la Santé. Il se base sur les textes réglementaires et les données démographiques élaborées par la DREES, la CNAMTS, l'INSEE et le CREDES, ainsi que sur des visites de six régions tirées au sort. Il se compose de trois parties. Dans la première partie sont examinés les outils et les modalités actuelles de la gestion des praticiens hospitaliers et leurs lacunes. En deuxième partie, la mission d'enquête présente les conséquences de ces lacunes sur les personnels médicaux hospitaliers et l'hôpital public. Enfin, dans une troisième partie, la mission formule un certain nombre de propositions d'amélioration, voire de transformations radicales de la gestion des praticiens hospitaliers.
http://www.snphar.com/news/stock/GestionPH.pdf

COSTARGENT (G.) , LE COZ (G.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Développement des pratiques d'emplois médicaux temporaires.
Paris : IGAS
2003/ 07
Pages : 44p. , ann.
Réalisé à la demande du Ministre chargé de la Santé, ce rapport dresse un état des lieux de la réalité et de l'ampleur du recours aux emplois médicaux temporaires dans les établissements publics à partir de quelques régions françaises tests. Il propose ensuite des décisions, notamment des procédures opérationnelles de contrôle permettant d'identifier les situations non conformes à la réglementation. L'analyse permet notamment de dresser un profil des praticiens hospitaliers temporaires : âge, sexe et spécialités d'exercice.

HOLLENDER (L.)
Académie Nationale de Médecine. Paris. FRA
La désaffection pour les carrières hospitalo-universitaires.
Paris : Académie de médecine
2001
Pages : 4p.
Réalisé à la demande du Président de la République, ce rapport analyse les raisons de la désaffection pour les carrières hospitalo-universitaires en France. IL se base sur les résultats d'une enquête réalisé auprès de 36 centres hospitalo-universitaires, et dissocie cliniciens et biologistes.

Articles

L'emploi et le travail hospitaliers à l'épreuve des réformes.
GHEORGHIU (M.),MOATTY (F.)
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Paris. FRA
En ligne
CONNAISSANCE DE L'EMPLOI : LE 4 PAGES DU CEE, n°109, 2014/01
http://www.cee-recherche.fr/publications/connaissance-de-lemploi/lemploi-et-le-travail-hospitaliers-lepreuve-des-reformes
Le secteur de la santé et, plus particulièrement, l'hôpital ont été ces dernières années au cœur d'un mouvement de réformes accéléré visant à maîtriser leurs dépenses et à les adapter aux évolutions de la demande de soins dans un contexte de vieillissement de la population. La maîtrise des dépenses de santé est, entre autres, passée par la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), qui a transformé le financement du secteur. Les débats qui ont accompagné les réformes ont laissé en arrière-plan le travail des professionnels de santé, conçu comme une « ressource humaine », voire un simple « facteur de production », à économiser afin d'augmenter la « productivité » hospitalière. Une enquête

auprès des établissements montre que ceux-ci ajustent leurs effectifs au plus près des soins prodigués, renforçant ainsi les contraintes ? parfois à la limite de la soutenabilité ? qui pèsent sur leurs salariés.

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA
L'emploi dans la fonction publique en 2011 - Baisse dans la fonction publique de l'État, hausse globale dans le versant hospitalier.
ERNST (E.),DOROTHEE (O.)
P172
INSEE PREMIERE, n°1460, 2013/07
http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1460/ip1460.pdf
Au 31 décembre 2011, 5,5 millions de salariés travaillent en France dans la fonction publique. En un an, les effectifs globaux sont en baisse de 0,5 %. Ce repli est surtout marqué dans la fonction publique de l'État (- 2,0 %), alors que les effectifs sont stables dans la fonction publique territoriale (+ 0,3 %) et augmentent dans la fonction publique hospitalière (+ 1,3 %). Malgré la baisse des effectifs, le volume annuel total de travail dans la fonction publique est resté stable, en lien notamment avec une légère hausse du nombre d'agents à temps complet. L'évolution des bénéficiaires de contrats aidés (134 500 en 2011) et des non-titulaires est contrastée selon le versant de la fonction publique. En moyenne, un emploi sur cinq en France relève de la fonction publique. En métropole, cette proportion varie, selon les régions, de 17 % dans les Pays de la Loire à 24 % en Limousin ; dans les Dom, elle culmine à 32 % avec une part importante de contrats aidés. La part des agents âgés d'au moins 50 ans est plus élevée dans le quart sud-ouest ainsi que dans certains départements du Sud-Est (résumé d'auteur).

Osons un nouveau management des ressources humaines !
BITAUD (Jean-Rémy)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°524, 2013/03
In : Dossier. Ressources humaines.
[BDSP. Notice produite par EHESP IsR0xt7k. Diffusion soumise à autorisation]. L'hôpital souffre d'un déficit du management des RH. Crise de sens ? Manque d'engagement ? Démotivation des acteurs ? Mauvaise interprétation des règles ? Inadaptation des outils ? Les raisons sont multiples. Et ce n'est pas le moindre des paradoxes, la GRH, pourtant largement encadrée, devient de moins en moins lisible pour la communauté hospitalière, certains la réduisant même à une seule variable d'ajustement dans la voie contraignante du retour à l'équilibre. Ce déficit de management ne date pas d'hier. Explications.

Gestion des ressources humaines.
BAGUET (Florence), FAGNOU (Guillaume), GIRIER (Matthieu), HUSTACHE (Sarah), JAGOT (Célia), LE ROY (Frédéric), OVAGUIMIAN (Olivier)
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°549, 2012/11-12
In : Dossier. Premières Rencontres RH de la santé.
[BDSP. Notice produite par EHESP qm9R0xEA. Diffusion soumise à autorisation]. Afin de répondre aux besoins des professionnels des ressources humaines présents lors des Rencontres RH de la santé, un certain nombre de conférences ont porté directement sur les aspects opératoires de la gestion des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux. Ont ainsi pu être abordés des thèmes aussi variés que l'actualité de la gestion des personnels médicaux, le développement des coopérations entre professionnels de santé, les implications pratiques de l'évolution de l'évaluation professionnelle, une comparaison interfonction publique, la présentation d'expérimentations dans le domaine du télétravail ou encore les évolutions attendues de la gestion des retraites dans les établissements de santé.

Ressources humaines (RH) et tarification à l'activité (T2A) : entretiens entre des membres des directions des hôpitaux.
DINU GEORGHIU (Mihai), GUILLEMOT (Danièle), MOATTY (Frédéric)
C, S35/2
SERIE ETUDES ET RECHERCHES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES, n°121, 2012/08
In : Ressources humaines (RH) et tarification à l'activité (T2A) : entretiens entre des membre des directions des hôpitaux.
http://www.drees.sante.gouv.fr/serie-etudes-et-recherche,751.html
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE nljI7R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le secteur hospitalier, de même que d'autres secteurs d'activité, connaît actuellement des transformations importantes suite aux changements organisationnels et aux évolutions de l'environnement des établissements de santé. La tarification à l'activité (T2A), considérée comme la principale réforme des dernières années, est aussi l'une de celles qui divise le plus les professionnels de santé. Si l'intérêt de la réforme est reconnu par un grand nombre de ces professionnels, les conditions de passage de la dotation globale au financement à l'activité, le nouveau rapport défini par la réforme entre le secteur public et le secteur privé, les inégalités budgétaires entre les hôpitaux, la pertinence des critères de classification ou d'évaluation des actes médicaux et des établissements, ou bien la lisibilité de certaines orientations de la réforme font débat. Enfin, l'évolution des compétences et des ressources humaines qui vont de pair avec la mise en oeuvre de la T2A constitue un thème d'interrogation majeur.

La GRH au coeur des coopérations et des restructurations.
BAGUET (Florence), FAGNOU (Guillaume), GIRIER (Matthieu), HUSTACHE (Sarah), JAGOT (Célia), LE ROY (Frédéric), OVAGUIMIAN (Olivier)
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°549, 2012/11-12
In : Dossier. Premières Rencontres RH de la santé.
[BDSP. Notice produite par EHESP R0x9DFJD. Diffusion soumise à autorisation]. Dans le mouvement actuel d'accélération des partenariats entre établissements de santé, la gestion des ressources humaines (GRH) constitue un facteur crucial de réussite des coopérations et restructurations. Cette conférence plénière des Rencontres RH de la santé a permis de détailler les enjeux et les impacts de ces recompositions sur la gestion des ressources humaines hospitalières, puis d'observer, au travers de quatre exemples sélectionnés pour leurs caractères particulièrement éclairants, la réalité des processus sur le terrain.

L'accès au grade de master pour les cadres supérieurs de santé : utopie statutaire ou professionnalisation académique en perspective ?
CHARNIGUET (Dominique), STANISLAS (Jean-Luc)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°518, 2012/08-09
In : Qualité, sécurité, attractivité.
[BDSP. Notice produite par EHESP R0xB987r. Diffusion soumise à autorisation]. L'environnement hospitalier ne cesse de proposer de nouvelles lignes organisationnelles, politiques et stratégiques qui transforment les logiques d'acteurs sur toutes les strates hiérarchiques et fonctionnelles. Une évolution est en marche vers l'accès à un plus large panel de formations universitaires de niveau master 2, devant être accompagnées par les décideurs de nos établissements, dans une logique réglementaire favorisant la formation tout au long de la vie professionnelle et le développement professionnel continu.

La mission transversale RH.
DAVID-SOUCHOT (Véronique), AMMAR-KHODJA (Nathalie)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°516, 2012/05
In : Dossier. Le changement.

[BDSP. Notice produite par EHESP FDksBR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La politique hospitalière de gouvernance et de gestion économique des ressources de santé implique de travailler sur des projets de performance et d'innovation, notamment en matière de gestion financière et opérationnelle. La création de la mission transversale ressources humaines (RH) constitue un "dispositif" d'efficience et de pertinence permettant d'optimiser le contrat d'objectifs et de moyens du pôle. Bénéficiant d'un rationnel de leur pôle chirurgie fondé sur une logique de spécialités, les auteurs ont mis en place la mutualisation des personnels non médicaux et en ont évalué l'organisation auprès des personnels concernés. Une première enquête (publiée dans le n° 510 de gestions hospitalières) avait permis d'en identifier l'impact. La deuxième, publiée dans ce numéro, présente les conséquences de la mission transversale RH sur les missions des cadres de santé. (R.A.).

L'activité libérale des praticiens hospitaliers.
DESMARAIS (Pierre)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°516, 2012/05
In : Dossier. Le changement.
[BDSP. Notice produite par EHESP R0xCHA7o. Diffusion soumise à autorisation]. L'activité libérale des praticiens hospitaliers est doublement encadrée : sujette à autorisation préalable de l'ARS, elle impose au praticien de passer une "contrat d'activité libérale" avec l'Établissement Public de Santé et de répondre à plusieurs obligations de nature légale, réglementaire et contractuelle (versement d'une redevance, souscription d'une assurance, obligation d'information du patient.). Une commission d'activité libérale instaurée dans chaque EPS veille au respect de ses obligations.

Le service de compensation et de suppléance.
DUCRET (Benoît), SCHNEIDER (Nicolas), BELAHCENE (Nasima), PEREZ (Jean-Paul)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°516, 2012/05
In : Dossier. Le changement.
[BDSP. Notice produite par EHESP poR0xk88. Diffusion soumise à autorisation]. "Le personnel qu'il faut, là où il faut, quand il le faut", tel pourrait être l'aphorisme caractérisant le service de compensation et de suppléance (SCS) qui vise à réduire temporairement un écart entre l'effectif présent et l'effectif requis par la charge de travail, de manière anticipée si possible, à un instant donné ou à une période donnée, de jour comme de nuit, par discipline, centre de responsabilité ou pôle, ou encore globalement. C'est cette dernière approche qui a été retenue à l'hôpital d'instruction des armées Legouest de Metz, de taille modeste et de structure semi-pavillonnaire. (R.A.).

Entretien avec Nicolas Belorgey. Sociologue, chargé de recherche au CNRS, auteur de "L'Hôpital sous pression".
SPINHIRNY (Frédéric)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°516, 2012/05
In : Dossier. Le changement.
[BDSP. Notice produite par EHESP Ao7sR0xC. Diffusion soumise à autorisation]. Auteur d'un ouvrage intitulé "L'hôpital sous pression" publié en 2010, Nicolas Belorgey a apporté récemment une contribution à l'ouvrage "L'Hôpital en réanimation", ouvrage initié par le Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs qui analyse les effets des réformes actuelles à l'hôpital public. Dans cet entretien, Nicolas Belorgey revient sur son parcours universitaire ainsi que sur son travail d'observation au sein des services de soins. Il expose également son point de vue sur les réformes hospitalières soulignant notamment le problème important de légitimité des consultants, l'utilisation dévoyée des indicateurs chiffrés ainsi que l'hétérogénéité des avis des différents acteurs hospitaliers (directeurs, cadres de santé, soignants.) face aux réformes.

Jurisanté. A la recherche du temps médical. Attirer et conserver les médecins à l'hôpital public après HPST.
COPIN (Jean-Yves)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°507, 2011/06-07
[BDSP. Notice produite par EHESP JR0xH9qE. Diffusion soumise à autorisation]. De statutaire, la gestion du personnel médical à l'hôpital est devenue stratégique. Rares sont aujourd'hui les établissements hospitaliers qui ne sont pas confrontés à une pénurie de médecins. Recours à l'intérim et négociation salariale (limitée compte tenu des contraintes réglementaires) sont devenus le quotidien des directions des affaires médicales. La loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi "HPST", a créé de nouveaux outils de gestion pour tenter de permettre le recrutement et la fidélisation des médecins. Cependant, ces nouveaux modes d'interventions favorisent - à court terme - la contractualisation avec des libéraux sans apporter de réponse immédiate aux difficultés rencontrées avec les statuts traditionnels.

Regards sur "l'effectivité" de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) à l'hôpital public.
BARET (C.), OIRY (E.), CODELLO-GUIJARRO (P.), KOFFI (P.)
C, P85
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE, vol. 29 n°6-7, 2011
In : Gestion des organisations de santé.
[BDSP. Notice produite par ORSRA CR0x88mC. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis le début des années 2000, le Ministère de la santé incite les établissements à moderniser leurs pratiques de gestion des ressources humaines en introduisant la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences. Après 10 années d'efforts de communication et d'aides financières, les résultats semblent décevants. Face à ce constat, nous proposons d'adopter un nouveau regard sur la GPMC afin de mieux comprendre les difficultés de sa mise en oeuvre. Nous mobilisons le concept "d'effectivité" proposé par Jullien (1996) pour remettre en cause la vision de l'efficacité rationalisatrice qui prévaut lors de la conception et de l'évaluation des démarches des GPMC. Nous adoptons le regard de "l'effectivité" pour analyser la mise en oeuvre de la GPMC dans 4 centres hospitaliers franciliens. Les résultats montrent que les objectifs poursuivis par le Ministère de la santé sont très éloignés du potentiel de la situation initiale et que la déception vient probablement du fait que les objectifs visés sont trop décalés par rapport aux pratiques existantes dans les unités de soin. Cette déception ne doit pourtant pas masquer les changements effectivement engagés et qui devront être exploités par la suite pour poursuivre la modernisation des GRH des établissements publics de santé.

Garder ou tomber la blouse ? Analyse de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire au sein de deux établissements hospitaliers français.
BURELLIER (F.), VALETTE (A.)
C, P85
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE, vol. 29 n°6-7, 2011
In : Gestion des organisations de santé.
[BDSP. Notice produite par ORSRA CJR0x9G8. Diffusion soumise à autorisation]. En tentant de déléguer la réflexion médico-économique aux médecins, la création des pôles constitue un enjeu clé de la Nouvelle Gouvernance Hospitalière. Nous nous intéressons ici à la transition de médecins vers le rôle de responsable de pôle d'activité, rôle hybride associant clinique et gestion. Souvent décrite comme insurmontable par la littérature, nous questionnons cette transition et la capacité d'ajustement des médecins : comment les médecins s'ajustent-ils à un rôle de médecin-gestionnaire ? Nous répondons à cette question par une étude de cas menée dans deux hôpitaux, un CH et un CHU. A partir de la grille d'analyse des postures d'ajustement, nos résultats montrent que si la souplesse de

l'organisation permet effectivement à certains médecins de définir leur propre conception du rôle et d'échapper à la prescription forte, d'autres au contraire mènent une profonde transition individuelle.

Pression budgétaire et implication organisationnelle des médecins.
GEORGESCU (I.), COMMEIRAS (N.)
C, P85
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE, vol. 29 n°6-7, 2011
In : Gestion des organisations de santé.
[BDSP. Notice produite par ORSRA E8kR0xsC. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cette recherche est d'explorer les relations entre l'implication organisationnelle et les pressions budgétaires ressenties par les praticiens hospitaliers depuis l'introduction de la tarification à l'activité (T2A) dans les hôpitaux publics français. 578 questionnaires auto-administrés ont été collectés et traités par la méthode des équations structurelles. Les résultats indiquent que les pressions exercées par la hiérarchie administrative réduisent l'implication affective des médecins dans l'organisation. En revanche, si la pression à l'activité est exercée par le praticien responsable de pôle, l'implication calculée des médecins augmente. Ainsi, la source de pression a un impact significatif sur l'implication organisationnelle des médecins.

Praticiens, chercheurs : Regards croisés sur la gestion dans les organisations de santé. Éditorial.
MINVIELLE (E.), NOBRE (T.), BARET (C.)
C, P85
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE, vol. 29 n°6-7, 2011
In : Gestion des organisations de santé.
[BDSP. Notice produite par ORSRA sR0xGBrl. Diffusion soumise à autorisation]. Présentation des articles sélectionnés, par l'association de recherche en gestion ARAMOS (Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé). Les thèmes abordés dans ce numéro concernent les modalités de gestion dans les organisations de santé : implication des professionnels face à la pression budgétaire exercée par la tarification à l'activité, les gaspillages liés aux manques de coordination, les facteurs d'attractivité dans le recrutement des personnels soignants, la politique de gestion des ressources humaines, et l'émergence de la fonction de responsable de pôle d'activité médicale.

Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital.
ZARDET (V.), FIER (D.), SAVALL (H.), PETIT (R.)
C, P85
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE, vol. 29 n°6-7, 2011
In : Gestion des organisations de santé.
[BDSP. Notice produite par ORSRA DJR0xH9l. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article vise à analyser les difficultés de coopération interprofessionnelle à l'hôpital et leurs conséquences. La recherche, menée selon la méthode de recherche-intervention socio-économique et réalisée dans plusieurs établissements hospitaliers de différents pays, comporte une triple étude qualitative, quantitative et financière. Les résultats montrent tout d'abord que le fonctionnement de l'hôpital est un système complexe car plusieurs corps de métier y interagissent : médecins, soignants, administratifs, techniciens. La coopération de ces différentes populations de professionnels s'avère difficile au point de générer de nombreux dysfonctionnements et coûts cachés, sous la forme de pertes d'efficience et d'apparition de nombreux défauts de qualité de soins. Dans un second temps, l'article montre que la mise en place d'un management socio-économique, par l'apport d'outils et le renforcement du rôle de médecin chef de service, permet d'améliorer la qualité des soins, le management des équipes et l'efficience économique des activités hospitalières.

SICART (Daniel)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Les professions de santé : au 1er janvier 2012.
SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2012/03
N°: 168 Pages : 89p.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xEGIFr. Diffusion soumise à autorisation]. Les statistiques publiées dans ce document portent sur les pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et professionnels paramédicaux (audioprothésiste, opticien-lunetier, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste, orthoptiste, ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur d'électroradiologie médicale, diététicien) inscrits dans Adeli1 ou dans le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) comme étant actifs occupés au 1er janvier 2012. Le champ de ces statistiques est constitué par l'ensemble des professionnels de santé ayant déclaré une activité. Il exclut les bénévoles et les personnes en recherche d'emploi.
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat167-3.pdf

BARET (C.), OIRY (E.), CODELLO-GUIJARRO (P.), KOFFI (P.)
Regards sur "l'effectivité" de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) à l'hôpital public.
Gestion des organisations de santé.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2011
Vol : 29 : n°: 6-7 Pages : 305-322
[BDSP. Notice produite par ORSRA CR0x88mC. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis le début des années 2000, le Ministère de la santé incite les établissements à moderniser leurs pratiques de gestion des ressources humaines en introduisant la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences. Après 10 années d'efforts de communication et d'aides financières, les résultats semblent décevants. Face à ce constat, nous proposons d'adopter un nouveau regard sur la GPMC afin de mieux comprendre les difficultés de sa mise en oeuvre. Nous mobilisons le concept "d'effectivité" proposé par Jullien (1996) pour remettre en cause la vision de l'efficacité rationalisatrice qui prévaut lors de la conception et de l'évaluation des démarches des GPMC. Nous adoptons le regard de "l'effectivité" pour analyser la mise en oeuvre de la GPMC dans 4 centres hospitaliers franciliens. Les résultats montrent que les objectifs poursuivis par le Ministère de la santé sont très éloignés du potentiel de la situation initiale et que la déception vient probablement du fait que les objectifs visés sont trop décalés par rapport aux pratiques existantes dans les unités de soin. Cette déception ne doit pourtant pas masquer les changements effectivement engagés et qui devront être exploités par la suite pour poursuivre la modernisation des GRH des établissements publics de santé.

THOR (Fatima), RIGON (Sabine), ECKMANN (Laurence), et al.
Coopérations et organisations hospitalières. Dossier.
GESTIONS HOSPITALIERES
2012/01
N°: 512 Pages : 14-45, tabl.
[BDSP. Notice produite par EHESP HoDR0xBj. Diffusion soumise à autorisation]. Les différents articles publiés dans ce dossier illustrent les formes multiples que revêt la coopération dans le monde de la santé. En effet, le secteur sanitaire n'échappe pas aux alliances, à la mobilité et à l'abolition des frontières économiques et statutaires. Coopérations et échanges se développent à un rythme inégal, sous l'impulsion de la loi, des réalités démographiques ou des aspirations sociales. Six exemples sont présentés ici.

BITAUD (Jean-Rémy), DONGRADI (Jean-Louis), BARET (Christophe), OIRY (Ewan), CODELLO-GUIJARRO (Pénélope), KOFFI (Patricia), FAIVRE-PIERRET (Jean-Charles), MOIROUD (Christiane), PEOC'H (Nadia), CEAUX (Christine), DAVID-SOUCHOT (Véronique), AMMAR-KHODJA (Nathalie), DELAMARE (Patrick), EL HOUARI (Djamel)
Dossier. Ressources humaines.
GESTIONS HOSPITALIERES
2011/11
Vol : : n°: 510 Numéro spécial : : Pages : 569-616
[BDSP. Notice produite par EHESP AR0xpq8m. Diffusion soumise à autorisation]. Au sommaire du dossier : Réflexions : Les risques psychosociaux. Mal du XXIe siècle ou prise de conscience d'un mal récurrent ? - Gestion des compétences : S'appuyer sur les acquis pour surmonter les difficultés - Performance : Pilotage des effectifs et maîtrise de la masse salariale. De l'usage des tableaux de bord sociaux - Qualité : Passeport formation : un outil au service des compétences - Valeurs professionnelles : Un projet de soins inscrit dans la bientraitance - Pratique managériale : Mutualisation des personnels paramédicaux sur un pôle - Loi HPST : Impacts et opportunités sur la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques - Enquête : Problématique de l'âge et gestion des personnels vieillissants en Algérie. La perception des DRH hospitaliers.

Conditions de travail et attractivité.
BAGUET (Florence), FAGNOU (Guillaume), GIRIER (Matthieu), HUSTACHE (Sarah), JAGOT (Célia), LE ROY (Frédéric), OVAGUIMIAN (Olivier)
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°549, 2012/11-12
In : Dossier. Premières Rencontres RH de la santé.
[BDSP. Notice produite par EHESP R0x9k89G. Diffusion soumise à autorisation]. Mobiliser des ressources autour de projets cohérents valorisant les ressources humaines a été le fil rouge des conférences portant sur les conditions de travail et le renforcement de l'attractivité dans les établissements de santé. Autour de thèmes aussi divers que la responsabilité sociale et sociétale des entreprises et la qualité de vie au travail, l'exemple des hôpitaux magnétiques ou le développement de l'action sociale interne, les conférences présentées aux Rencontres RH de la santé ont été l'occasion de revenir sur plusieurs outils proposés aux hospitaliers.

Gestion des ressources humaines.
BAGUET (Florence), FAGNOU (Guillaume), GIRIER (Matthieu), HUSTACHE (Sarah), JAGOT (Célia), LE ROY (Frédéric), OVAGUIMIAN (Olivier)
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°549, 2012/11-12
In : Dossier. Premières Rencontres RH de la santé.
[BDSP. Notice produite par EHESP qm9R0xEA. Diffusion soumise à autorisation]. Afin de répondre aux besoins des professionnels des ressources humaines présents lors des Rencontres RH de la santé, un certain nombre de conférences ont porté directement sur les aspects opératoires de la gestion des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux. Ont ainsi pu être abordés des thèmes aussi variés que l'actualité de la gestion des personnels médicaux, le développement des coopérations entre professionnels de santé, les implications pratiques de l'évolution de l'évaluation professionnelle, une comparaison interfonction publique, la présentation d'expérimentations dans le domaine du télétravail ou encore les évolutions attendues de la gestion des retraites dans les établissements de santé.

Qualité de vie au travail. Conceptualisation, évaluation et impact sur l'implication organisationnelle des professionnels de santé.
PEOC'H (Nadia)
C, P22

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°549, 2012/11-12
In : Dossier. Hôpital et qualité de vie au travail : quelles perspectives ?
[BDSP. Notice produite par EHESP Fs9R0xBH. Diffusion soumise à autorisation]. Issu des courants humanistes, existentiel et phénoménologique, le concept de qualité de vie (1960) a fait l'objet de nombreuses définitions. De par sa nature complexe et multifactorielle, l'évaluation de la qualité de vie questionne tout aussi bien les composantes cognitives et affectives du bien-être d'un individu que les facteurs internes et externes pouvant influencer ce bien-être. Dans ce contexte sociétal et politique qui interroge de plus en plus souvent la qualité de vie au travail des professionnels de santé dans des établissements de santé en profonde mutation, il nous est apparu pertinent de démontrer combien la mise en valeur et l'attention portée au capital immatériel (capital humain) d'une institution passaient par l'identification et l'influence des valeurs sur l'implication organisationnelle des salariés. Le bien-être au travail crée de la valeur, les valeurs créent de la valeur.

Dossier. Hôpital et qualité de vie au travail : quelles perspectives ?
PEOC'H (Nadia), GHADI (Véronique), PETTER (Diane), BOUC (Philippe), CHARTON (Nathalie), MAIRE (Stéphane), BRAMI (Laurent), DAMART (Sébastien), DETCHESSAHAR (Mathieu), HABIB (Johanna), KROHMER (Cathy), DEVIGNE (Michel), KLETZ (Frédéric), SAPIN (André), FARES (Nadim)
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°549, 2012/11-12
[BDSP. Notice produite par EHESP tR0x9kmB. Diffusion soumise à autorisation]. Sommaire du dossier : Qualité de vie au travail : conceptualisation, évaluation et impact sur l'implication organisationnelle des professionnels de santé - Certification et qualité de vie au travail - Qualité de vie au travail et réorganisations internes - Absentéisme : principaux enseignements du projet PHARES - Meilleure qualité de vie au travail, meilleure gestion de l'absentéisme.

Médecin à l'hôpital. Quoi de neuf, docteur ?
COPIN (Jean-Yves)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°516, 2012/05
[BDSP. Notice produite par EHESP AIptR0xI. Diffusion soumise à autorisation]. Gouvernance, fin de la collégialité. les textes législatifs et réglementaires, et notamment la loi HPST, ont introduit des changements à l'hôpital. L'auteur se penche sur la mise en oeuvre de ces réformes autour de trois points : - construire la gouvernance au sein du pôle et de l'établissement - réinventer la collégialité médicale - passer d'une gestion statutaire à une gestion stratégique.

L'activité libérale des praticiens hospitaliers.
DESMARAIS (Pierre)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°516, 2012/05
In : Dossier. Le changement.
[BDSP. Notice produite par EHESP R0xCHA7o. Diffusion soumise à autorisation]. L'activité libérale des praticiens hospitaliers est doublement encadrée : sujette à autorisation préalable de l'ARS, elle impose au praticien de passer une "contrat d'activité libérale" avec l'Établissement Public de Santé et de répondre à plusieurs obligations de nature légale, réglementaire et contractuelle (versement d'une redevance, souscription d'une assurance, obligation d'information du patient.). Une commission d'activité libérale instaurée dans chaque EPS veille au respect de ses obligations.

Absences au travail pour raison de santé dans les établissements hospitaliers 2011.
ANALYSE ET CONJONCTURE, n°, 2012/10
http://www.sofcap-sofcah.com/file/soflink/pj/analyse_conj_h_88533.pdf

Cette note dresse un état des lieux des absences pour raison de santé dans les établissements hospitaliers. La population concernée par l'étude regroupe en moyenne par année un échantillon de 117 000 agents affiliés à la CNRACLN, réparti dans 911 établissements de santé assurés, pour toutes les natures d'arrêts (maladie ordinaire, maternité, longue maladie/longue durée, accident de service). Le champ d'étude est constitué de l'ensemble des arrêts de travail déclarés entre 2007 et 2011. L4augmentation des absences pour raison de santé des agents titulaires dans les collectivités territoriales et hospitalières, constatée depuis 2007, s?est poursuivie en 2011. Les premières tendances relevées début 2012 sont donc confirmées : l?an dernier, les agents ont été plus nombreux à s?arrêter, et leurs arrêts ont été plus fréquents et plus longs que les années précédentes.

Les professions de santé : au 1er janvier 2012.
SICART (Daniel)
C, S35
SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES, n°168, 2012/03
In : Les professions de santé : au 1er janvier 2012.
http://www.drees.sante.gouv.fr/les-professions-de-sante-au-1er,10930.html
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xEGIFr. Diffusion soumise à autorisation]. Les statistiques publiées dans ce document portent sur les pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et professionnels paramédicaux (audioprothésiste, opticien-lunetier, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste, orthoptiste, ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur d'électroradiologie médicale, diététicien) inscrits dans Adeli1 ou dans le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) comme étant actifs occupés au 1er janvier 2012. Le champ de ces statistiques est constitué par l'ensemble des professionnels de santé ayant déclaré une activité. Il exclut les bénévoles et les personnes en recherche d'emploi.

GHEORGHIU (Mihaï-Dinu), MOATTY (Frédéric)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Les conditions de travail en équipe : post-enquête "Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé".
SERIE ETUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES : N° 49 : 2005/06 : 291p.
http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud49.pdf
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE LIPR0xcX. Diffusion soumise à autorisation]. Réalisée dans le cadre de l'enquête nationale sur les conditions et l'organisation du travail auprès des actifs des établissements de santé menée par la Drees en 2003, cette post-enquête menée à partir de 40 entretiens semi-directifs vise à valider et à approfondir les réponses obtenues par questionnaire aux questions relatives aux relations de coopération et d'entraide au travail dans les établissements de santé

LE LAN (Romuald)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail.
ETUDES ET RESULTATS : 2005/02 : N° 373
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er373.pdf
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE ggR0x5Gn. Diffusion soumise à autorisation]. L'enquête menée en 2003 dans les établissements de santé permet de dégager une typologie des personnels hospitaliers en fonction de leur perception des conditions de travail selon les exigences liées à la charge physique et mentale, l'autonomie ou marges de manoeuvre et l'environnement de travail. Sept classes se dessinent et regroupent entre 6 et 32% du personnel des établissements de santé. Les deux premières rendent compte d'exigences de travail élevées et rassemblent la moitié du personnel. Ce sont

essentiellement des infirmières et des aides-soignantes. La 5ème, - fort degré d'autonomie dans le travail et des responsabilités hiérarchiques liées à l'activité médicale - comprend un plus grand nombre de médecins et de cadres infirmiers. Les conditions de travail perçues ne sont pas seulement liées à la profession exercée. Les exigences de travail apparaissent ainsi plus lourdes pour les personnels cumulant des horaires de jour et de nuit, les salariés âgés de 25 à 30 ans et le personnel des services d'urgence et de réanimation

TONNEAU (D.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ? Des difficultés liées à l'organisation.
Paris : DREES
ETUDES ET RESULTATS
2004/04
N° : 302
Pages : 12p., 6 tabl., 3 graph.
L'objet de cet article est de présenter un premier bilan du passage aux 35 heures dans les hôpitaux publics à partir d'une étude lancée par la Drees entre novembre 2002 et février 2003. Son objet était de mieux appréhender les modalités selon lesquelles s'est opérée la réduction du temps de travail, d'en apprécier les impacts sur l'organisation, l'emploi, la qualité du service rendu, les conditions de vie et de travail, et de prendre la mesure des difficultés rencontrées dans la conduite des projets (extrait).
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er302.pdf

La production de soins : pathologies, interventions chirurgicales, accès aux soins

Ouvrages, rapports, working papers

Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions 2013.
En ligne
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Service Financement des Etablissements de Santé. Pôle Suivi de l'ONDAM Hospitalier. Lyon. FRA
Paris : ATIH, 2015
http://www.atih.sante.fr/analyse-comparative-de-l-activite-hospitaliere-entre-les-regions-2013
L'ATIH reconduit en 2013 l'analyse de l'activité hospitalière régionale en application de la loi modifiant la loi HPST (Article 27 de la Loi n° 2011-940 du 10 août 2011). Dans la continuité de la photographie globale de l'activité 2013, ce rapport propose une déclinaison au niveau régional pour le champ médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). En préambule, un panorama régional de l'activité MCO distingue les séjours et les séances. Différents indicateurs (répartition, évolution…) y sont analysés selon plusieurs agrégats comme les catégories d'activité de soins ou les types de séances. Les caractéristiques sociodémographiques des territoires de santé ainsi que celles de l'activité hospitalière évoluant de manière marginale en un an, les conclusions posées sur l'activité régionale 2012 restent d'actualité. L'atlas régional propose une fiche par région décrivant l'activité hospitalière en distinguant les établissements de santé selon leur secteur de financement. Cette approche souligne les différentes dynamiques d'activité au sein d'une région. De plus, des informations d'analyse qualitative issues des Agences régionales de santé apportent un éclairage complémentaire notamment sur les problématiques de démographie médicale et de restructuration de l'offre de soins (résumé de l'éditeur).

Hospitalisation potentiellement évitable : quel apport dans un diagnostic territorial ?
LABORDE (C.), RODWIN (V.)
Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France. (O.R.S.I.F.). Paris. FRA
c, En ligne
Paris : ORSIF, 2015
http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2015/Rapport%20HPE_Laborde_et_Rodwin_2015.pdf
Ce rapport de l'Observatoire régional de santé Île-de-France se penche sur l'apport de l'indicateur des hospitalisations potentiellement évitables (HPE) dans un diagnostic territorial. Cet indicateur est utilisé par d'autres pays de l'OCDE comme un marqueur de défaillance des parcours de soins. En France, cet indicateur est en cours d'appropriation et ses modalités sont actuellement discutées. Des études précédentes ont estimé que 5% des hospitalisations sont potentiellement évitables en Île-de-France. Leurs résultats montrent qu'il existe de fortes inégalités territoriales face aux HPE en Île-de-France qui ne s'expliquent pas uniquement par des inégalités de précarité et de morbidité. L'objectif de cette nouvelle étude est de mieux comprendre ce qui se passe en amont des HPE, en recueillant les perceptions des acteurs locaux sur l'organisation des soins de premier recours dans leur territoire.

Analyse de l'activité hospitalière 2013. Deux tomes : l'essentiel. Données chiffrées.
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Lyon. FRA
En ligne
Paris : ATIH, 2014/10
http://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2013
Le recueil de l'information des établissements de santé, coeur de métier de l'ATIH, donne lieu à différentes formes de restitution comme cette analyse de l'activité hospitalière. Réalisée chaque année, elle vise à éclairer les acteurs de santé en offrant une vision globale des financements des établissements et de leur activité comparée à celle des années précédentes. En préambule, l'étude commence par le suivi des financements par l'assurance maladie de 2013 des établissements de santé, d'un montant d'environ 74 milliards d'euros annuels. Au-delà des dépenses, l'intérêt est de définir la nature des activités et sa traduction en profils de patients, pathologies, modes prise en charge, niveau de sévérité... Les activités sont détaillées par champ hospitalier : court-séjour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et réadaptation (SSR) et psychiatrie. Le rapport propose une photographie de l'activité des établissements de santé en 2013 et la compare avec celle des années passées. Ainsi, les tendances confirment notamment le développement de la chirurgie ambulatoire, le dynamisme des établissements spécialisés en HAD et en SSR. La forme du rapport a évolué et se compose :- d'un premier tome « L'essentiel » restituant les résultats principaux et non plus d'une fiche systématique par agrégat d'activité - d'un deuxième tome « Données chiffrées » qui présente un ensemble de fiches sur les différents champs (MCO, HAD, SSR et Psychiatrie) (résumé de l'éditeur).

Chiffres clés 2013 de l'hospitalisation.
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Lyon. FRA
En ligne
Paris : ATIH, 2014/10
http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles2013.pdf _ http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/methodo_chiffres_cles_2013.pdf
A partir des données collectées dans le PMSI, l'ATIH publie les chiffres clés annuels de l'hospitalisation. Grâce à des indicateurs synthétiques, ces chiffres clés fournissent une mesure, en nombre de patients, de la fréquentation de l'hôpital. Cette information est disponible globalement et selon les différentes activités couvertes par l'hôpital. Quelques exemples de prises en charge sont détaillés. Un document méthodologique est fourni en annexes.

Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser.
Cour des Comptes. Paris. FRA
En ligne
Paris : Cour des Comptes, 2014/09
In : Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.
http://www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/La-securite-sociale - http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale2
En 2012, pas moins de 10,6 millions de personnes, près d'un sixième de la population française, sont venues se faire soigner, parfois à plusieurs reprises dans l'année, dans les services d'urgence hospitaliers. Ceux-ci ont enregistré ainsi plus de 18 millions de passages, soit 30 % de plus en dix ans. Pour les seules « structures des urgences », selon leur dénomination règlementaire, situées dans des établissements de santé publics et privés à but non lucratif, qui représentent 81 % du dispositif d'accueil, la charge supportée à ce titre par l'assurance maladie est de près de 2,5 Md€. Cette fréquentation en progression continue met sous tensions persistantes les organisations et les équipes hospitalières en dépit des mesures de renforcement et de soutien successivement décidées par les pouvoirs publics, en particulier dans le cadre du plan urgences 2004-2008 adopté à la suite de la canicule de l'été 2003. Au-delà des situations où le pronostic vital est engagé ou qui nécessitent une intervention rapide compte tenu de leur gravité, les urgences hospitalières jouent de fait un rôle essentiel dans la prise en charge de soins non programmés, à laquelle la médecine de ville n'apporte pas de réponse suffisante. Dans le prolongement de l'enquête qu'elle a précédemment consacrée à la permanence des soins ambulatoires, assurée par les médecins libéraux, où elle avait en particulier souligné le manque d'efficience des dispositifs de régulation et d'orientation mis en place à compter de 2002418, la Cour a cherché à analyser l'évolution de l'activité des services d'urgence et de leur fonctionnement, qu'elle avait déjà examinés en 2007. Elle a observé que la progression forte de la fréquentation des urgences n'avait fait l'objet jusqu'à tout récemment que de peu d'analyses de ses déterminants. Les services d'urgences ont cherché à faire évoluer leurs organisations pour mieux y répondre, dans un cadre financier inchangé qui contrarie toujours la recherche d'une plus grande efficience. L'amélioration de l'efficacité du dispositif passe cependant avant tout par une articulation plus étroite entre médecine de ville et hôpital.

France : Geographic variations in health care.
OR (Z.),VERBOUX (D.)
R1951
Paris : OCDE, 2014/09
In : Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?
http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/geographic-variations-in-health-care/france-geographic-variations-in-health-care_9789264216594-10-en
In France, awareness about practice variations has been growing in recent years due to the harsh economic context and changes in regional governance. This chapter provides information on variations in the use of eight specific hospital procedures and activities across departments for 2005 and 2011. It then provides an overview of the major policy instruments used in France for tackling variations in medical practice.

La pertinence des pratiques d'hospitalisation : une analyse des écarts départementaux de prostatectomies.
OR (Z.),VERBOUX (D.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
DT59
Paris : Irdes, 2014/04

http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/059-la-pertinence-des-pratiques-d-hospitalisation-une-analyse-des-ecarts-departementaux-de-prostatectomies.pdf
Cet article analyse les variations territoriales de pratiques de prostatectomies en France. Nous recourons à une modélisation multiniveaux permettant de distinguer la variabilité liée à deux niveaux géographiques : le département et la région. Nos résultats montrent que les taux de prostatectomies standardisés (pour 100 000 hommes) varient de manière significative entre les départements. Les écarts interdépartementaux sont expliqués notamment par la densité d'urologues libéraux dans le département ainsi que par l'offre de soins hospitaliers (disponibilité des lits de chirurgie et de personnels soignants), au niveau régional, une fois contrôlé par le revenu et les taux de mortalité par départements (résumé d'auteur).

Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Paris. FRA
En ligne
Paris : HAS, 2013/04
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602735/fr/comment-eviter-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees
Cette fiche précise les conditions optimales de prise en charge aux trois étapes de la transition entre les établissements hospitaliers et la ville : pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie. Elle met l'accent sur :le repérage dès l'admission des patients à haut risque de réhospitalisation, la préparation de leur sortie en lien avec leur médecin traitant, la mise à disposition des documents de sortie le jour même de la sortie et les rôles respectifs de l'équipe de soins primaires et de la coordination d'appui dans le suivi post-sortie.

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Pais. FRA
Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions.
En ligne
Paris : ATIH, 2013/01
http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009500002FF
A la suite de la publication de l'analyse nationale de l'activité hospitalière 2011, ce rapport présente une étude comparative de l'activité hospitalière 2011 entre les régions. Cette étude est composée de deux tomes. Le premier compare l'activité hospitalière régionale selon différents critères : âge des patients, type d'hospitalisation, catégories d'activité de soins, etc. Il présente également les résultats d'une analyse exploratoire sur les relations entre les données d'activité hospitalières avec les données sur le contexte socio-démographique et sur les caractéristiques de morbidité et de mortalité des régions. Le deuxième tome , intitulé 'Atlas régional', est composé d'une fiche par région qui décrit l'activité hospitalière en distinguant les établissements de santé selon leur secteur de financement. Cette approche souligne les différentes dynamiques d'activité au sein même d'une région. De plus, des informations d'analyse qualitative issues des Agences régionales de santé (ARS) apportent un éclairage complémentaire notamment sur les problématiques de démographie médicale et de restructuration de l'offre de soins (résumé de l'éditeur).

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Lyon. FRA
L'analyse de l'activité hospitalière 2011.
En ligne
Paris : ATIH, 2012/01
http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=3958
Ce document présente le niveau de dépenses hospitalières pour l'Assurance maladie. Le rapport souligne que les éléments présentés ne sont que des estimations. Il est composé de trois parties. La première propose un suivi statistique des dépenses hospitalières d'Assurance maladie. Une comparaison est faite avec les prévisions de dépenses réalisées au moment de la construction des objectifs au titre de ce même exercice. Ces mesures sont

présentées par enveloppe, en valeur absolue comme en taux de progression. En seconde partie, on retrouve une analyse fine et détaillée de l'activité de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) des établissements de santé. Elle s'attache plus particulièrement, et ce pour chacun des deux secteurs, à décrire les facteurs (catégories d'établissements, catégories de prises en charge, catégories d'activités de soins, CMD) pouvant expliquer l'évolution du volume de l'activité. Pour finir, le rapport fournit des éléments d'analyse sur les activités de Soins de Suite et Réadaptation d'une part et de Psychiatrie d'autre part.

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Etude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie.
COLDEFY (M.), NESTRIGUE (C.), OR (Z.)
R1896
Paris : IRDES, 2012/11
http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1896.pdf
Malgré des sources riches et de mieux en mieux renseignées, la production de connaissances sur les populations suivies en psychiatrie bute encore sur la complexité d'utilisation des données. Cette étude vise à vérifier dans quelle mesure les sources de données actuelles - la Statistique annuelle des établissements (SAE), mais également les plus récentes, le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) et les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY) - permettent l'analyse de la diversité des pratiques en psychiatrie. Cette étude de faisabilité porte ainsi sur deux pathologies traceuses, la dépression et la schizophrénie, pathologies majeures dans la prise en charge psychiatrique. Elle mobilise les données du Rim-P 2010. Après un rapide panorama de l'état des connaissances en matière de variabilité des pratiques, nous présentons le Rim-P, ses concepts et définitions, et étudions son exhaustivité et la qualité du chaînage des séjours et actes pour un même patient. Nous faisons ensuite le point sur l'identification possible des patients pris en charge pour troubles dépressifs et schizophréniques à travers l'analyse de leurs épisodes et parcours de soins, ainsi que sur les limites et biais du Rim-P pour observer les disparités des prises en charge. Enfin, nous suggérons des pistes d'analyse des disparités des pratiques en psychiatrie en proposant des indicateurs mobilisables, des échelles d'analyse pertinentes ainsi que des facteurs potentiellement explicatifs de ces disparités.

Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Maladies Infectieuses. Saint-Maurice. FRA
Analyse des données d'hospitalisation en France à partir du PMSI pendant la période pandémique 2009/2010.
BONMARIN (I.), LEVY-BRUHL (D.)
c, En ligne
Saint-Maurice : InVS, 2012/01
http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2012/Analyse-des-donnees-d-hospitalisation-en-France-a-partir-du-PMSI-pendant-la-periode-pandemique-2009-2010
Afin d'estimer le poids de la pandémie A(H1N1)2009 sur les séjours hospitaliers en France métropolitaine et dans les territoires ultramarins et d'étudier l'intérêt des données du système d'information hospitalier (PMSI) dans la surveillance de la grippe, nous avons comparé les données du PMSI concernant les séjours associés à la grippe et aux pneumopathies de 2009-2010 avec les données historiques, disponibles depuis janvier 2007. En métropole, le nombre de séjours pour grippe a été multiplié par cinq pendant la pandémie alors que les séjours en réanimation ou unités de soins intensifs (USI) l'ont été par un facteur 10 avec, pendant la pandémie, 14 680 séjours à l'h'ôpital dont 1 748 en réanimation ou USI. De même, les séjours pour grippe avec un syndrome de détresse respiratoire aiguë, ceux concernant des femmes enceintes et ceux ayant conduit à un décès ont été beaucoup plus élevés pendant la pandémie. L'âge des patients a été en moyenne de 5 à 10 ans inférieur à celui observé pendant les épidémies saisonnières, que ce soit pour les séjours en réanimation ou pour l'ensemble des séjours. Les durées de séjours ont, par contre, été

similaires. Le pic d'admission est survenu en décembre 2009. Dans les territoires ultramarins, les indicateurs des séjours pour grippe ont évolué de façon comparable à ceux de la métropole. Les pics d'activité se sont échelonnés dans le temps et sont survenus en août pour l'île de la Réunion, en septembre en Guyane et Martinique et en octobre en Guadeloupe. Les données du PMSI ont confirmé une augmentation marquée du nombre d'hospitalisations et une gravité plus importante de la grippe pandémique comparée aux épidémies de grippe saisonnière survenues entre 2007 et 2009. L'outil est exhaustif mais manque de réactivité, même si pendant la pandémie, les données étaient fournies à l'InVS dans les deux mois suivant la sortie du patient. Il vient en complément des autres dispositifs et permet ainsi de consolider leurs analyses.

Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Évaluation de la prise en charge du diabète.
MOREL (Annick), LECOQ (Gilles), JOURDAIN-MENNINGER (Danièle)
C, B7113
Paris : IGAS, 2012
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000256/0000.pdf
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE DIt8rR0x. Diffusion soumise à autorisation].
L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a mené une mission d'évaluation transversale de la politique de santé publique relative à la prise en charge du diabète, devenue en 2010 la première des maladies chroniques en France (3 millions de personnes atteintes). La mission observe que le coût du diabète progresse ces dernières années à raison d'un milliard d'euros par an, et ce en dépit des actions volontaristes des pouvoirs publics et de l'assurance maladie, mises en place depuis plus de dix ans. Au-delà de stratégies de dépistage ou de prévention spécifiques qui gagneraient à être améliorées, elle estime que cette pathologie chronique, comme toutes les autres, questionne le système de soin de premier recours sur son organisation et son efficacité à accompagner des patients au long cours, notamment par l'éducation thérapeutique (ET), mais aussi le rôle de l'hôpital et son articulation avec la ville. Cette réflexion est complétée par une analyse de l'accessibilité de certains actes en ville ainsi que de la qualité et sécurité des antidiabétiques oraux. Une synthèse des recommandations figure en fin du rapport.

Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Paris. FRA
Rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie : rapport d'étape.
ROBILIARD (D.)
En ligne
Paris : IGAS, 2013
http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1085.pdf
Ce rapport de la mission d'information parlementaire sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie présente, dans ce rapport d'étape 17 préconisations qui concernent principalement les soins sans consentement, en particulier au regard des deux dispositions déclarées contraires à la constitution par le Conseil Constitutionnel. Le rapport aborde également de nombreuses autres questions relatives par exemple à l'admission en UMD (unités pour malades difficiles), au suivi des soins, au fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques, à la gestion des urgences, à l'hospitalisation des mineurs.... La mission poursuivra ses travaux par une seconde série d'auditions et par des visites sur le terrain en vue d'un rapport définitif sur l'ensemble du champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Lyon. FRA
Vieillissement de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010 : focus sur la prise en charge des plus de 80 ans et plus.
Lyon : ATIH
2012

Pages : 158p., tabl.
http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004E00029FF

BONMARIN (I.), LEVY-BRUHL (D.)
Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Maladies Infectieuses. Saint-Maurice. FRA
Analyse des données d'hospitalisation en France à partir du PMSI pendant la période pandémique 2009/2010.
Saint-Maurice : InVS
2012/01
Pages : 78p., tabl., fig.
Afin d'estimer le poids de la pandémie A(H1N1)2009 sur les séjours hospitaliers en France métropolitaine et dans les territoires ultramarins et d'étudier l'intérêt des données du système d'information hospitalier (PMSI) dans la surveillance de la grippe, nous avons comparé les données du PMSI concernant les séjours associés à la grippe et aux pneumopathies de 2009-2010 avec les données historiques, disponibles depuis janvier 2007. En métropole, le nombre de séjours pour grippe a été multiplié par cinq pendant la pandémie alors que les séjours en réanimation ou unités de soins intensifs (USI) l'ont été par un facteur 10 avec, pendant la pandémie, 14 680 séjours à l'hôpital dont 1 748 en réanimation ou USI. De même, les séjours pour grippe avec un syndrome de détresse respiratoire aiguë, ceux concernant des femmes enceintes et ceux ayant conduit à un décès ont été beaucoup plus élevés pendant la pandémie. L'âge des patients a été en moyenne de 5 à 10 ans inférieur à celui observé pendant les épidémies saisonnières, que ce soit pour les séjours en réanimation ou pour l'ensemble des séjours. Les durées de séjours ont, par contre, été similaires. Le pic d'admission est survenu en décembre 2009. Dans les territoires ultramarins, les indicateurs des séjours pour grippe ont évolué de façon comparable à ceux de la métropole. Les pics d'activité se sont échelonnés dans le temps et sont survenus en août pour l'île de la Réunion, en septembre en Guyane et Martinique et en octobre en Guadeloupe. Les données du PMSI ont confirmé une augmentation marquée du nombre d'hospitalisations et une gravité plus importante de la grippe pandémique comparée aux épidémies de grippe saisonnière survenues entre 2007 et 2009. L'outil est exhaustif mais manque de réactivité, même si pendant la pandémie, les données étaient fournies à l'InVS dans les deux mois suivant la sortie du patient. Il vient en complément des autres dispositifs et permet ainsi de consolider leurs analyses.
http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2012/Analyse-des-donnees-d-hospitalisation-en-France-a-partir-du-PMSI-pendant-la-periode-pandemique-2009-2010

Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Le panorama des établissements de santé : édition 2011.
Paris : Drees
2011
Pages : 127p., tabl., graph.
Cet ouvrage présente les principales données relatives au système hospitalier français : elles portent sur les équipements, personnels et financements qui concourent aux différentes prises en charge par les établissements, ainsi que sur leur activité et leur clientèle. Cette édition s'enrichit désormais de dossiers permettant d'approfondir des questions structurelles et d'éclairer les mutations du monde hospitalier. Les fiches thématiques comportent chacune une sélection de figures accompagnées d'un commentaire présentant les traits les plus caractéristiques des domaines abordés.
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2011-2.pdf

Ministère chargé de la Santé. Direction Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.). Paris. FRA, Sanesco. Paris. FRA
Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières : rapport final.

Paris : Ministère chargé de la santé
2011/08
Pages : 245p., ann.
Ce rapport présente les résultats d'une première étude nationale sur les inadéquations hospitalières menée au printemps 2010 par le cabinet Sanesco, avec le soutien méthodologique de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). Elle a concerné 11 régions, 73 établissements, qui représentent 4234 lits de médecine-chirurgie, ou encore 3445 dossiers patients, et mobilisé une soixantaine de médecins-conseils de l'Assurance maladie et médecins de santé publique. Elle visait à chiffrer les inadéquations hospitalières, c'est-à-dire les lits d'hospitalisation complète occupés de manière non pertinente et non justifiée, dans les services de médecine et de chirurgie, lesquelles représentent 10,3 % des lits occupés. Ce taux d'inadéquation est plus important dans les services de médecine (17,5 %) que dans les services de chirurgie (5 %). Il est inférieur aux taux habituellement avancés dans la littérature, de l'ordre de 20 % à 30 %. L'étude distingue les inadéquations liées aux admissions, soit 3,8 % des hospitalisations, de celles liées aux nombre de journées inadéquates (séjours trop longs 12,5 %). Pour ce qui est de l'inadéquation lors de l'admission, elle est due, dans près de 40 % des cas, à la demande expresse des médecins de ville. Les soins auraient dû être réalisés au domicile des patients - HAD (45 % des cas), en service de soins de suite et de réadaptation (27%) ou en structures de soins de longue durée. Les journées non pertinentes s'expliquent avant tout par un défaut de lits en aval. Au final, l'étude chiffre, avec une précision époustouflante, à 2,3523 milliards d'euros le coût de ces inadéquations. Ce montant est en fait un ordre de grandeur qui ne tient pas compte notamment du coût de la prise en charge adéquate. La DGOS souhaite réduire de 50 % les lits occupés de manière inadéquate sur la durée des prochains schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Elle préconise notamment de poursuivre la fluidification des filières de prise en charge d'aval : développement des coopérations entre structures, organisation des parcours territoriaux via les ARS. Une réflexion sera aussi menée sur l'amont de l'hospitalisation pour améliorer l'adressage par les médecins de ville (en particulier les généralistes). L'Assurance maladie pourrait aussi apporter sa contribution grâce à ses expérimentations sur la gestion des sorties d'hospitalisation. Une étude nationale sur les inadéquations en SSR pourrait voir le jour probablement courant 2012.
http://www.fehap.fr/DATA/3_10_2011_14_11_24_INADEQUATIONS%20HOSPITALIERES%20Rapports%20Sanesco%20090609.pdf

YILMAZ (E.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ?
Paris : DREES
2011/04
Pages : 14p., tabl., graph. fig.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2010-patient.pdf
Cette étude a pour but de mesurer l'influence de la précarité sur la durée de séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Elle fait suite à une enquête spécifique sur la précarité dans les établissements de santé participant à l'étude nationale de coût à méthodologie commune (ENCC) qui a été menée en novembre et décembre 2008. Quatre dimensions ont été retenues pour définir la précarité : isolement social, qualité du logement, niveau de revenu, accès aux droits

OUVRAGE
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Le panorama des établissements de santé : édition 2010.
Paris : Drees
2010
Pages : 127p., tabl., graph.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2010.pdf
Cet ouvrage présente les principales données relatives au système hospitalier français : elles portent sur les équipements, personnels et financements qui concourent aux différentes prises en charge par les établissements, ainsi que sur leur activité et leur clientèle. Cette édition rénovée s'enrichit désormais de dossiers permettant d'approfondir des questions structurelles et d'éclairer les mutations du monde hospitalier. Les fiches thématiques comportent chacune une sélection de tableaux, graphiques et cartes accompagnée d'un commentaire présentant les traits les plus caractéristiques des domaines abordés. A noter deux dossiers :À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? et les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ?

RAPPORT, INTERNET
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.). Paris. FRA
Les chiffres clés de l'offre de soins.
Paris : DGOS
2010
Pages : 19p.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Chiffres_cles_2010-Version_definitive.pdf
Les chiffres clés de l'offre de soins sont destinés aux observateurs du système de santé français ainsi qu'aux acteurs de l'offre de soins, de ville comme hospitaliers. La réalisation de cette brochure s'inscrit dans l'effort d'information entrepris par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), issue de la DHOS, pour illustrer le déploiement des différents volets des réformes en cours, notamment la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), promulguée en juillet 2009. Comportant 4 volets, celle-ci a pour ambition la réorganisation de l'ensemble de l'offre de soins : modernisation des établissements de santé, accès de tous à des soins de qualité, parcours gradué des soins, création des agences régionales de santé (ARS). La loi HPST constitue le fil rouge de cette brochure, quelques mesures phares en ponctuant les 4 rubriques.

FERY-LEMONNIER (E.)
Ministère de la Santé et des Sports. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : Synthèse du rapport.
Paris : Ministère chargé de la santé
2009/06
Pages : 20p.
Ce rapport, dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge des victimes d'AVC, dresse un état des lieux inquiétant en termes d'organisation et d'accès aux soins de qualité. Le rapport préconise de développer l'information pour la prévention et la prise en charge rapide des AVC, essentielle pour réduire la mortalité et les séquelles liées à cette pathologie. Pour une meilleure prise en charge des patients, il propose la création d'unités et de filières spécialisées, mais aussi de développer la formation initiale et continue des professionnels concernant cette pathologie. La création des unités devra répondre à la question de l'inégalité de couverture territoriale actuelle.
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG//pdf/AVC_-_synthese_seule_rapport_final_-_vf.pdf

AMALRIC (F.), MANSOUR (E.), NESTRIGUE (C.)
IMS Health. Paris. FRA
Les Entreprises du Médicament. (L.E.E.M.). Paris.FRA
L.E.E.M.

Hospitalisations évitables et soins primaires.
Paris : IMS Health
2009/06
Pages : 32p., tabl.
L'objectif premier de cette étude est d'évaluer la qualité des soins ambulatoires en France en comparaison à celle au Royaume-Uni au travers des « hospitalisations évitables ». La comparaison avec le Royaume-Uni est pertinente du fait que les deux pays sont comparables en termes de niveaux économiques et d'offre de soins, et en même temps diffèrent en termes d'organisation des soins. Dans un deuxième temps, cette étude a essayé de comprendre l'origine des différences observées, et pour ce faire, a comparé la prise en charge de patients atteints de pathologies à hospitalisation évitable au travers d'une étude rétrospective longitudinale. Cette étude apporte plusieurs éléments nouveaux au débat actuel sur l'organistion des soins en France. Premièrement, elle souligne la qualité des soins ambulatoires en France par rapport à son voisin d'Outre-Manche. La différence entre les deux pays en termes d'hospitalisations évitables est significative, et apparaît même importante lorsque sont prises en compte les différences de prévalence de plusieurs pathologies. L'étude de prise en charge des patients suggère que cette différence provient d'un accès plus facile et rapide des malades à leurs médecins en France qu'au Royaume-Uni, soulignant ainsi les problèmes des longs délais d'attente Outre-Manche.
http://www.leem.org/leem-image/leem/document/1431.pdf

La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques.
Collection Etudes et statistiques.
Paris : La documentation française
2007
Pages : 314p., tabl.,
Cet ouvrage collectif dresse un état des lieux de la prise en charge de la santé mentale en France, à partir des données statistiques disponibles. Ces dernières sont en effet nombreuses en France, mais elles sont dispersées et parfois difficilement accessibles. Pour la première fois, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) rassemble et met à disposition des données issues de différentes sources, contribuant à améliorer la connaissance de l'offre de soins des professionnels, des patients pris en charge en psychiatrie (4e de couverture).
http://www.sante.gouv.fr/drees/santementale/santementale.htm

36870
LE FUR (P.) , LORAND (S.) , LUCAS-GABRIELLI (V.) , MOUSQUES (J.)
La morbidité des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale.
La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques.
Collection Etudes et statistiques.
Paris : La documentation française
2007
Pages : 173-181, 3 graph.
Parmi les patients vus au moins une fois en 2003 par les équipes de secteurs de psychiatrie générale, les prises en charge à temps complet (hospitalisations à temps plein, accueil familial thérapeutique, accueil en centre de post-cure, en appartement thérapeutique ou encore en hospitalisations à domicile) occupent en effet une place primordiale, concernant 25 % des patients pris en charge en 2003 et 50 % des journées de prises en charge. Il nous a donc semblé important de décrire le profil des patients suivis à temps complet, afin d'appréhender certaines caractéristiques du fonctionnement de la sectorisation psychiatrique. (résumé d'auteur).
http://www.sante.gouv.fr/drees/santementale/3-2.pdf

LE FUR (P.) , LORAND (S.) , LUCAS-GABRIELLI (V.) , MOUSQUES (J.)

Evolution en 1993 et 2003 des caractéristiques des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale.
La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques.
Collection Etudes et statistiques.
Paris : La documentation française
2007
Pages : 173-181, 3 graph.
Les évolutions de la prise en charge en psychiatrie sectorisée s'accompagnent-elles d'un renouvellement des patients hospitalisés à temps plein dans les secteurs de psychiatrie générale ? Leurs pathologies et leurs caractéristiques socioéconomiques se sont-elles modifiées ou sont-elles restées comparables à celles observées antérieurement ? C'est à ces questions que les auteurs de ce chapitre ont cherchés à répondre en mobilisant les données issues des enquêtes nationales sur la population prise en charge par les établissements ayant une activité de psychiatrie. Ces enquêtes ont été réalisées selon une méthodologie comparable en 1993, 1998 et 2003. Les premières analyses présentées dans ce dossier portent sur 27 923 patients de plus de 20 ans pris en charge à temps complet le 23 janvier 2003 dans les secteurs de psychiatrie générale de métropole (résumé d'auteur).
http://www.sante.gouv.fr/drees/santementale/3-3.pdf

WORONOFF (A.S.) , LEDESERT (B.) , BURBAUD (F.) , GUYE (O.) , BOULAY (C.)
Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. (F.N.O.R.S.). Paris. FRA
Le cancer dans les régions de France : mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations.
Les études du réseau des ORS
Paris : FNORS
2005/06
Pages : 54p., tabl., graph., carte
Dans le cadre du développement de la base de données SCORE-santé, dont la gestion est assurée depuis 2000 par la Fnors et les ORS, la Direction générale de la santé a souhaité que soit mise en œuvre une exploitation des données de la base concernant le cancer. Cette démarche a pour objectif d'améliorer la connaissance de l'évolution de la maladie, notamment au plan régional, qui constitue l'un des objectifs du plan cancer lancé en 2003 par le gouvernement. Ce document constitue une analyse de la situation comparée des régions pour l'ensemble des cancers et pour plusieurs localisations cancéreuses, cancer de la trachée, des bronches et du poumon, du côlon-rectum, du col et du corps de l'utérus, du sein, de la prostate, mélanome malin de la peau. Ce travail à visée descriptive met en évidence la grande diversité, pour la mortalité et l'incidence, des situations régionales actuelles et des évolutions observées au cours des vingt dernières années.
http://www.fnors.org/Fnors/Ors/Travaux/syntK(050921).pdf

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005.
Collection Etudes et Statistiques
Paris : La Documentation Française
2006
Pages : 345p., tabl., graph.
Les données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005 sont issues d'une annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Cet ouvrage collectif est réalisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et fournit, dans le contexte de la mise en œuvre de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, des données sur le suivi des objectifs de santé publique, assortis de la liste des indicateurs quantitatifs qui seront régulièrement produits et analysés. L'appréciation de l'état sanitaire de la France repose d'abord sur le suivi et l'analyse des données statistiques d'ensemble : espérance de vie, espérance de vie à 65 ans, espérance

de vie sans incapacité, mortalité, mortalité prématurée et globale, années potentielles de vie perdues ou encore santé perçue et recours aux soins qui sont la base des comparaisons internationales et servent à apprécier les performances d'ensemble du système de santé français. Ces données de cadrage sont complétées des données spécifiques aux principaux problèmes de santé présentés dans l'ouvrage. Un panorama des établissements de santé présente des données de cadrage relatives aux capacités d'accueil, à l'activité et aux personnels travaillant dans les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Sont également décrits l'activité des plateaux techniques (chirurgie, anesthésie, imagerie), certains éléments spécifiques à l'activité hospitalière (maternités, urgences, radiothérapie...) ainsi que la situation économique du secteur.
http://www.sante.gouv.fr/drees/donnees/donnees.htm

BLONDEL (B.), SUPERNANT (K.), DU MAZAUBRUN (C.), BREART (G.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction Générale de la Santé. (D.G.S.). Paris. FRA, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Unité de Recherches Epidémiologiques en Santé Périnatale et Santé des Femmes. (U149). Paris. FRA
Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998.
Paris : Ministère chargé de la santé
2005/02
Pages : 58p., 19 tabl., ann.
Ce rapport présente et analyse, en deux volumes, les premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale réalisée en 2003. Les conditions et la prise en charge de la grossesse se sont améliorées par certains aspects mais semblent avoir atteint un palier pour d'autres. La consommation de tabac a diminué, notamment au troisième trimestre de la grossesse, mais l'âge moyen des mères s'est accru. Plus de neuf femmes sur dix ont bénéficié des 7 visites prénatales prévues par la réglementation. Le nombre moyen d'échographies par femme continue à augmenter légèrement (4,5 en 2003 contre 4 en 1995) et la proportion de femmes ayant eu moins que les trois échographies recommandées diminue de 3,7 % à 2,6 %. Les femmes enceintes sont toutefois moins nombreuses à consulter l'équipe qui les prendra en charge au moment de la naissance, et, pour leur premier enfant, à bénéficier de séances de préparation à la naissance. Les anesthésies sous péridurale, qui avaient beaucoup augmenté entre 1995 et 1998, continuent à progresser légèrement et concernent désormais plus de six accouchements sur dix. Le nombre d'accouchements déclenchés reste stable depuis 1995 après avoir doublé entre 1981 et 1995. Toutefois, le taux de césariennes continue à croître, de 17,5 % à 20,2 % entre 1998 et 2003, principalement du fait de l'accroissement des premières césariennes. Le taux global de prématurité est de 7,2 % et le pourcentage d'enfants de poids de naissance inférieur à 2500 g, de 8 %. Ils connaissent une tendance à l'augmentation essentiellement due aux naissances uniques, cette tendance étant significative pour les petits poids de naissance et à la limite de la signification pour la prématurité. Les disparités sociales sont des facteurs pronostiques de prématurité, de petit poids de naissance ou de retard de croissance intra-utérin connus de longue date. Les enquêtes Périnatalité ont ainsi observé les disparités périnatales depuis plusieurs décennies. L'ensemble des connaissances sur les disparités sociales en matière de santé périnatale a été synthétisé dans un chapitre de l'ouvrage de l'Inserm sur les inégalités sociales de santé. L'enquête 2003 montre de nouveau l'impact persistant de ces disparités. Celles-ci concernent divers aspects de la grossesse : déclaration et surveillance obstétricale de la grossesse, comportements pendant la grossesse (tabagisme…), issue de la grossesse et pratiques d'allaitement… Il apparaît nécessaire de continuer à documenter ces disparités et à en décrire les différents aspects qui sont susceptibles d'apporter des points d'ancrage pour les pratiques de prévention dans le champ de la santé de la mère et de l'enfant. Il a donc été jugé important de compléter le cadrage global présenté dans le premier tome du rapport par une première approche succincte des disparités sociales en matière de périnatalité. La variable " profession et catégorie sociale " de la mère, fortement liée au niveau d'étude et au contexte professionnel, a été choisie pour décrire quelques

aspects des disparités sociales de périnatalité. Ces éléments de cadrage devront être complétés par des études plus approfondies des disparités sociales et particulièrement sur les femmes et les couples en situation de précarité pour lesquels le plan Périnatalité 2005/2007 préconise un soutien renforcé. La seconde partie du document est consacrée à une mise en perspective des données issues de l'Enquête nationale périnatale 2003 avec d'autres sources nationales disponibles telles que l'état civil ou le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/sommaire.htm -
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/enquete.pdf -
http://www.sante.gouv.fr/drees/rapport/perinat2003t2.htm

PENEFF (J.)
Les malades des urgences : une forme de consommation médicale.
Paris : Métailié
2000
Pages : 190p., ann.
Les malades des urgences, une nouvelle forme de consommation médicale ou un nouveau type de rapport entre les médecins et leurs clients ? Quelles sont les fonctions des urgences ? Pourquoi ont-elles pris la place de la médecine généraliste (ou spécialiste) de ville auprès de certaines populations urbaines qui les préfèrent à la consultation de cabinet ou à la visite du médecin de famille ? Beaucoup de jeunes, d'étrangers et de familles aux revenus modestes les utilisent de préférence à d'autres modes de rencontre avec les médecins. En revanche, d'autres populations les évitent. Les classes supérieures ont leurs propres réseaux de consultation en urgence et de traitement et se détournent de ces services, sauf accident grave. Des catégories d'exclus et de démunis, même avec une couverture sociale ou assurés de la gratuité, privilégient la médecine caritative bénévole. Quels sont les mobiles des utilisateurs : avantages financiers, accessibilité et commodité d'horaires, relation médicale rapide, sans suivi, dans une collectivité en majorité féminine (évitant le colloque singulier avec le médecin) ? Si les urgences deviennent une médecine ordinaire, populaire, risquent-elles d'être assimilées à une médecine du pauvre, comme dans les hôpitaux publics américains tel celui du feuilleton Urgences, modèle de bonne conscience et de démagogie dans le principe d'égalité des soins. Y a-t-il un risque, en France, d'une transgression dans le traitement démocratique des malades à l'hôpital ? Ce livre ne répond pas à toutes ces questions mais il ne les élude pas, notamment la question du remboursement public d'activités libérales dont on cherche à savoir s'il aggrave ou compense les inégalités sociales. En clair, un transfert des charges collectives et des cotisations au profit des classes aisées est-il réalisé par le mode de remboursement de la Sécurité sociale et par l'organisation médicale en deux secteurs, public et privé ? En étudiant un niveau d'accès aux soins, une nouvelle forme de consommation médicale, cet ouvrage pose des problèmes politiques, sans détour, grâce à une enquête et une observation de la population qui se presse aux portes des urgences de trois hôpitaux parisiens : Beaujon, Ambroise-Paré, La Pitié-Salpétrière (4e de couverture).

C.I.D. 1998 : chiffres et indicateurs départementaux.
Paris : La documentation française
1998
Pages : 209p., tabl., graph.
Cette troisième édition des "Chiffres et indicateurs départementaux" fournit une photocopie de la situation sanitaire et sociale de la France au plan départemental et régional et rassemble en 77 fiches les principales statistiques disponibles au plan local. Celles-ci sont classées en neuf chapîtres : démographie, indicateurs de santé, structures de soins, professions de santé, enfance, personnes âgées, handicap de l'adulte, transferts sociaux, pauvreté, précarité.

Articles

Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad ?
c, En ligne
CAHIERS DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES), n°, 2015/07
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/note_methodo_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf
Les hospitalisations non programmées des résidents en Ehpad sont fréquentes, souvent répétées et très variables selon les pays. Certaines hospitalisations et passages aux urgences pourraient être évités si les comorbidités et les syndromes gériatriques étaient pris en charge de façon optimale ou prévenus en Ehpad. Il s'agit d'hospitalisations potentiellement évitables (de 19 à 67 % selon les études). D'autres hospitalisations peuvent être considérées comme des hospitalisations inappropriées. Dans ce cas, la pertinence et/ou le rapport bénéfice/risque sont discutables par rapport à des soins qui pourraient être réalisés dans l'Ehpad ou selon d'autres organisations que le recours à l'hospitalisation, sans perte de chance pour le résident. Ces hospitalisations non programmées potentiellement évitables et inappropriées ont un impact négatif sur les patients âgés fragiles ou dépendants et favorisent le déclin fonctionnel et cognitif. Leur prévention relève de plusieurs stratégies complémentaires à mettre en œuvre : d'une part, de la prise en charge optimale des maladies chroniques et des syndromes gériatriques par les médecins traitants, et d'autre part, de la mise en place par l'Ehpad de politiques de prévention des risques et d'alternatives à l'hospitalisation. Ce travail traite de la réduction des hospitalisations non programmées, potentiellement évitables ou inappropriées, des résidents des Ehpad, en ciblant les causes les plus fréquentes et en se focalisant sur les interventions qui ont démontré leur efficacité dans la littérature.

La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011.
COLDEFY (M.),NESTRIGUE (C.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Qes 206
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES), n°206, 2015/02
http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/206-la-variabilite-de-la-prise-en-charge-de-la-schizophrenie-dans-les-etablissements-de-sante-en-2011.pdf
La schizophrénie, trouble psychique sévère et invalidant, touche 1 à 2 % des adultes en France, soit environ 400 000 personnes (HAS, 2007). Ses caractéristiques en font non seulement une des pathologies psychiatriques les plus lourdes en termes de souffrance pour les personnes qui en sont atteintes et leur entourage mais aussi la plus coûteuse pour la société : apparition précoce, évolution souvent chronique, fréquence des hospitalisations, intensité des soins, taux élevé d'incapacité et maintien dans l'emploi difficile. A partir des données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), cette étude a pour but d'apporter des connaissances sur cette population et sa prise en charge au sein des établissements de santé français. Après une présentation de la patientèle suivie en établissement de santé, sont observées les différences de prises en charge entre établissements. Ces dernières sont d'autant plus variées que les phases de cette maladie complexe réclament une large gamme de modalités de prises en charge : depuis l'hospitalisation à temps plein aux différentes prises en charge à temps partiel et en ambulatoire.

De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011.
COLDEFY (M.),TARTOUR (T.),NESTRIGUE (C.) / coll.
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Qes 205

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES), n°205, 2015/01
http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-lasante/205-de-l-hospitalisation-aux-soins-sans-consentement-enpsychiatrie.pdf
S'appuyant sur les données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), cette étude sur les soins sans consentement après la loi du 5 juillet 2011 fait suite à un premier état des lieux sur l'année 2010, précédant la loi (Coldefy, Nestrigue, 2013). Cette loi, modifiée en septembre 2013, vise à faire évoluer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie : l'hospitalisation à temps plein n'y est plus la seule modalité de prise en charge, un nouveau mode légal de soins est introduit avec les soins en cas de péril imminent et l'intervention d'un juge des libertés et de la détention (JLD) est désormais prévue dans ce cadre. Cette étude présente des premiers résultats, l'année suivant la mise en place de la loi, son déploiement sur le territoire, et explore l'impact sur la prise en charge des patients. Elle se concentre essentiellement sur deux volets de la loi : les programmes de soins et les soins en cas de péril imminent. L'objectif est de décrire les modifications consécutives à la loi et de mesurer l'activité en psychiatrie en répondant à différentes questions : Comment caractériser l'évolution du recours à la contrainte ? Dans quelle mesure les établissements de santé recourent-ils aux nouvelles modalités de prise en charge proposées par la loi ? Quel est le contenu des programmes de soins ? Quels patients en bénéficient ? Cette réforme a-t-elle amélioré l'accès et la continuité des soins des personnes dont les troubles psychiques peuvent altérer temporairement la conscience du trouble ou du besoin de soins psychiatriques ?

Geographic variation in rates of common surgical procedures in France in 2008-2010, and comparison to the US and Britain.
WEEKS (W.B.),PARAPONARIS (A.),VENTELOU (B.)
C, en ligne
HEALTH POLICY, n°, page(s) 213-220, 2014/09/08
Geographic variation in use of elective surgeries has been widely studied in the US, where over-utilization is incentivized. We wanted to explore recent trends in the geographic variation of common surgical procedures in France - where a global budget, centralized planning process, and compulsory insurance scheme are in place - and to compare measures of variation there to those in the US and Britain. For 2008-2010, we calculated French age- and sex-adjusted per capita utilization rates and four measures of geographic variation for hip fracture admission (which is standard treatment and shows minimal geographic variation across countries) and 14 elective surgical procedures. We found substantial geographic variation in age-sex adjusted per capita admission rates for elective procedures: radical prostatectomy, spine surgery, and CABG showed the greatest variation, while hip fracture, colectomy, and cholecystectomy showed the least. Among older patients, most French admission rates were lower than those seen in the US. In general, measures of geographic variation were lower in France than those reported in the US or Britain. French policymakers could use analyses of geographic variation in service utilization to inform policy, to identify areas for intervention, or to measure the effectiveness of efforts designed to reduce variation in care.

Facteurs d'évolution des séjours hospitaliers MCO entre 2009 et 2011.
EXPERT (A.),TALA (S.),CASH (R.)
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction de la Stratégie des Etudes et des Statistiques. (D.S.E.S.). Paris. FRA
C, en ligne
POINTS DE REPERE, n°42, 2014/09
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_42_Evolution_sejours_MCO.pdf
Les dépenses relatives aux soins hospitaliers de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ont augmenté de +4,9 % entre 2009 et 2011. Le volume hospitalier est l'un des différents facteurs contributifs à cette croissance. Sur la période, le

volume des séjours MCO a augmenté de 5,6 % : les deux tiers s'expliquent par un effet de structure (+3,7 %) et un tiers par l'augmentation du nombre de séjours (+1,8 %). La déformation de la structure de répartition des séjours, liée à une augmentation de la part des séjours les plus coûteux, s'explique principalement par l'accroissement des séjours à fort niveau de sévérité (3,2 %). L'augmentation du nombre de séjours, liée à une augmentation de la patientèle, s'explique quant à elle, en fonction des pathologies, par un effet démographique (2,4%) lié à l'augmentation et au vieillissement de la population et/ou à un effet d'évolution des pratiques.Cette décomposition de l'évolution du volume des soins hospitaliers dans son ensemble recouvre des situations très diverses illustrées au travers de deux exemples d'hospitalisation : les interventions orthopédiques majeures et prothèses d'une part, la cardiologie autre qu'interventionnelle d'autre part.

Hospitalisations potentiellement évitables : une responsabilité des seuls soins de premier recours ?
CARTIER (T.),NAIDITCH (M.),LOMBRAIL (P.)
C, R1945, P11
REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE, vol. 62 n°4, 2014/08
La mesure des hospitalisations potentiellement évitables est utilisée comme un indicateur de performance des systèmes de soins primaires dans de nombreux pays. Cet article s'interroge sur la validité et l'intérêt de cette mesure de manière générale et dans le contexte français en particulier. Une revue ciblée de la littérature a été effectuée en vue d'une analyse critique du concept. Les différents usages des hospitalisations potentiellement évitables ont déjà fait l'objet de deux revues systématiques récentes. Les taux d'hospitalisations potentiellement évitables semblent bien plus corrélés aux caractéristiques socio-économiques des patients qu'à l'offre de soins primaires. Les rares travaux recensés en France confirment cette tendance internationale. Plusieurs faiblesses ont été identifiées dans la construction de cet indicateur : le choix des pathologies considérées comme pouvant être à l'origine d'hospitalisations potentiellement évitables, leur repérage parmi les codes diagnostiques de motifs d'hospitalisation, la qualité du codage hospitalier, le biais écologique du recueil des variables explicatives. Des pistes d'amélioration sont proposées. En particulier, nous discutons la possibilité de l'usage de cet indicateur à l'échelle globale du système de santé. L'utilisation des hospitalisations potentiellement évitables comme indicateur de la performance du système de santé serait prématurée en France, à la fois pour des raisons de pertinence et de méthodologie (Résumé auteur).

L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale.
COLDEFY (M.),NESTRIGUE (C.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Qes 202
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES), n°202, 2014/10
http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/202-l-hospitalisation-au-long-cours-en-psychiatrie-analyse-et-determinants-de-la-variabilite-territoriale.pdf
Les hospitalisations au long cours en psychiatrie – d'un an ou plus, en continu ou non, et associées à une présence en hospitalisation l'année précédente – ont concerné près de 12 700 patients en 2011. Si ce poids est faible dans la file active – 0,8 % des patients pris en charge en établissements de santé –, il représente en revanche un quart des journées d'hospitalisation et un quart des lits. Quand une indication thérapeutique ne l'impose pas et dans un contexte tant de réduction des capacités d'hospitalisation que de durée moyenne de séjour et de développement des soins ambulatoires en psychiatrie, le maintien prolongé à l'hôpital interroge. A partir du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) et de nombreuses bases de données médico-administratives, cette étude vise à répondre à plusieurs questions : quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés au long cours en psychiatrie ? Comment expliquer la variabilité territoriale du recours à ce type

d'hospitalisation ? Quel est le rôle joué par l'organisation de l'offre de soins, de l'offre médicosociale et du contexte socio-économique dans ces disparités ?

Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation.
BOISGUERIN (Bénédicte),VALDELIEVRE (Hélène)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
C, en ligne
ETUDES ET RESULTATS (DREES), n°889, 2014
http://www.drees.sante.gouv.fr/urgences-la-moitie-des-patients-restent-moins-de-deux,11336.html
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE A98R0xCl. Diffusion soumise à autorisation]. La prise en charge aux urgences dure moins de deux heures pour la moitié des patients si l'on exclut ceux ayant séjourné en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Dans 60% des cas, la venue dans un service d'urgences résulte de l'initiative du patient ou du conseil d'un proche. Deux patients sur trois viennent de leur domicile et sont arrivés majoritairement par leurs propres moyens. Ils sont moins souvent transportés par les sapeurs-pompiers ou par une ambulance. Le recours aux urgences est plus élevé pour les nourrissons et les personnes âgées de 75 ans ou plus et les motifs de recours sont aussi plus variés que pour les autres classes d'âges. Les lésions traumatiques constituent toujours la principale cause de venue aux urgences (36% des patients) et sont à l'origine de 7 passages sur 10 pour les 10-14 ans. Après un passage aux urgences, les 3/4 des patients rentrent chez eux et 20% sont hospitalisés.

L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011.
COLDEFY (M.),NESTRIGUE (C.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
QES 193
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES), n°193, 2013/12
http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/193-l-hospitalisation-sans-consentement-en-psychiatrie-en-2010.pdf
Ce premier état des lieux de l'hospitalisation sans consentement, s'appuyant sur les données récemment disponibles du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), a plusieurs objectifs : réaliser une photographie des personnes hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie et de la diversité de leurs prises en charge et trajectoires de soins en 2010. Il s'agit à terme de suivre les effets de la réforme engendrée par la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. Cette loi, modifiée en septembre 2013, vise à faire évoluer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie : l'hospitalisation à temps plein n'y est plus la seule modalité de prise en charge et l'intervention d'un juge des libertés et de la détention est désormais prévue dans ce cadre. Que recouvre la notion de contrainte aux soins ? Combien et qui sont les patients hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie en France en 2010 ? Sous quel mode de prise en charge, dans quel type d'établissements, pour quelle durée et pour quelles pathologies le sont-ils ? Telles sont les principales questions auxquelles ce premier éclairage répond.

La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé.
COLDEFY (M.),NESTRIGUE (C.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
QES 191
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES), n°191, 2013/10
http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/191-la-prise-en-charge-de-la-depression-dans-les-etablissements-de-sante.pdf

Les pathologies psychiatriques et les psychotropes représentent 22,6 milliards de dépenses, soit 16 % des dépenses totales de santé en 2011 (Cnamts, 2013). La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France, 3 millions de personnes en seraient affectées (Inpes, 2007). C'est le médecin généraliste auquel recourent le plus les personnes atteintes de dépression (21 %), devant les psychiatres (13 %) et psychologues libéraux (7 %). Et même si le recours aux établissements de santé pour dépression est moindre (10 % de personnes consultant - Inpes, 2007), la dépression constitue le premier motif de recours aux soins des établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Parmi les 1,5 million d'adultes suivis en psychiatrie en 2011 dans les établissements de santé français, près d'un sur cinq l'est pour dépression. Si la prise en charge de ces patients restait peu connue, la mise en place en 2007 du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), utilisé ici, permet de pallier ce manque et d'apporter un premier éclairage national sur le sujet.

Hospitalisation de court séjour : évolution des parts de marché entre 2003 et 2011.
EVAIN (Franck)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
C, P83
ETUDES ET RESULTATS (DREES), n°854, 2013/10
http://www.drees.sante.gouv.fr/etudes-et-resultats,678.html?publication=2011
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 7Iq8R0xA. Diffusion soumise à autorisation]. Sur la période 2003-2011 étudiée ici, l'activité globale a logiquement augmenté, en lien avec l'accroissement et le vieillissement de la population. Ainsi, la déformation de la structure de la population est responsable de 80% de la hausse du nombre de séjours entre 2003 et 2011. Si l'effet démographique apparaît donc prépondérant sur l'évolution de l'activité globale, il est minoritaire pour certains segments d'activité. Par ailleurs, la part de marché des hôpitaux publics en nombre de séjours - valorisés ou non par les tarifs - s'est développée sur la période au détriment des cliniques privées.

Hospitalisations sensibles aux soins de premier recours (HSPR) en Île-de-France : une perspective d'outre-Atlantique.
GUSMANO (Michael-K),RODWIN (Victor-G),WEISZ (Daniel)
P59
REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES, n°3, 2013/07-09
In : Varia.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE pB9BR0x7. Diffusion soumise à autorisation]. L'indicateur "hospitalisations sensibles aux soins de premier recours" (HSPR), est utilisé aux États-Unis et dans d'autres pays de l'OCDE pour évaluer l'accessibilité des soins de premier recours et leur efficacité pour une prise en charge adaptée des pathologies avant qu'elles ne nécessitent des traitements à l'hôpital. En Île-de-France, cet indicateur permet de montrer que les résidents des zones du dernier quartile de revenu et les patients hospitalisés dans des établissements publics rencontrent davantage de difficultés d'accès aux soins de premier recours, ce qui soulève une question importante pour les politiques de santé : faut-il imputer le nombre élevé de HSPR à un recours aux soins tardif ou au fait que le système de soins n'est pas organisé pour cibler les populations à risque ?

Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche – des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Hospitalisation de court séjour - Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011.
EVAIN (F.)
Etudes et Résultats**,** n°854, 2013/10
http://www.drees.sante.gouv.fr/hospitalisation-de-court-sejour-evolution-des-parts-de,11200.html

La mise en place de la tarification à l'activité dans le court séjour, en 2004, a incité les établissements de santé à améliorer leur efficience en développant leur activité tout en maîtrisant les coûts et les durées de séjour. L'enveloppe globale destinée au financement de ces établissements étant régulée via un objectif national de dépenses, une certaine forme de concurrence s'est mise en place, notamment entre les secteurs public et privé.
Sur la période 2003-2011 étudiée ici, l'activité globale a logiquement augmenté, en lien avec l'accroissement et le vieillissement de la population**.** Ainsi, la déformation de la structure de la population est responsable de 80 % de la hausse du nombre de séjours entre 2003 et 2011. Si l'effet démographique apparaît donc prépondérant sur l'évolution de l'activité globale, il est minoritaire pour certains segments d'activité. La part de marché des hôpitaux publics en nombre de séjours – valorisés ou non par les tarifs – s'est développée sur la période au détriment des cliniques privées**.** L'essentiel de cette progression est due aux activités chirurgicales et semble s'être faite en deux temps : d'abord une augmentation du nombre de séjours, puis, à partir de 2008, un déplacement de la consommation vers des séjours davantage valorisés. L'analyse de quelques motifs de recours à un niveau fin montre que les raisons du repli du secteur privé peuvent être multiples.

Surveillance hospitalière des infections ostéo-articulaires en France : analyse des données médico-administratives, PMSI 2008.
GRAMMATICO GUILLON (L.), BERNARD (L.), RUSCH (E.), ROSSET (P.), GABORIT (C.), LECUYER (A.I.), GETTNER (S.), BARON (S.)
http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epi
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE, n°4-5, 2013/02/05
[BDSP. Notice produite par InVS I98R0xos. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif. Étudier l'impact médical et économique des infections ostéoarticulaires (IOA) de l'adulte en France. Méthodes. Les séjours hospitaliers présentant dans leur résumé de séjour un code d'IOA ont été extraits des bases PMSI nationales 2008. Une définition de cas d'IOA (avec ou sans matériel) a été créée. Les caractéristiques des patients (âge, sexe, prévalence) et des séjours (durée de séjour, type de prise en charge, coûts) ont été étudiés et les facteurs liés à l'infection sur matériel ont été identifiés par régression logistique. Résultats. Les IOA concernaient 28 453 patients (36 091 séjours). L'âge moyen était de 63,1 ans (sexe-ratio H/F 1,54) et la prévalence de 54,6/100 000. Les IOA sur matériel représentaient un tiers des cas. Quand un germe était codé (dans seulement 39% des résumés de sortie), Staphylococcus spp. représentait deux tiers des cas. Une comorbidité était signalée dans 47% des cas. L'obésité, Staphylococcus spp., le sexe masculin et un âge supérieur à 64 ans étaient fortement associés aux infections sur matériel, alors que le diabète et les ulcères étaient associés à des infections sur articulation native. Le taux de létalité était de 4,6%. Les dépenses pour l'assurance maladie étaient estimées à 259 millions d'euros (surcoût pour les IOA sur matériel de 1 500 euros/séjour). Conclusion. L'impact médico-économique des IOA est important, le PMSI permet de l'évaluer. Ce poids économique est associé à une morbidité importante, avec des hospitalisations longues, aux soins complexes. (R.A.).

Personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde en France : tendances 2002-2008.
DE PERETTI (C.), CHIN (F.), TUPPIN (P.), DANCHIN (N.)
C, P140
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE, n°41, 2012/11/06
http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-41-2012
[BDSP. Notice produite par InVS CR0xEG8l. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction. Cette étude examine les évolutions des taux de personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde (IDM) entre 2002 et 2008. Méthodes. Les données ont été extraites des bases nationales des résumés d'hospitalisation en court séjour. Les événements ont été sélectionnés à partir du diagnostic principal et seuls les premiers séjours annuels de chaque patient ont été conservés. Les taux ont été standardisés (population française de 1999) et

les tendances analysées par régression de Poisson. Résultats. Entre 2002 et 2008, le nombre global de patients hospitalisés pour IDM a diminué de 7,4%, et le taux standardisé de 17,2%. Avant 65 ans, l'étude par sexe et classe d'âge décennale montre des évolutions différenciées : on observe une réduction significative des taux d'hospitalisation dans toutes les classes d'âge masculines au-delà de 25 ans, mais une augmentation significative pour les femmes entre 35 et 54 ans. À partir de 65 ans, il y a eu réduction significative et notable des taux standardisés, tant pour les hommes (-22,7%) que pour les femmes (-23,7%). Discussion-conclusion. Ces résultats, cohérents avec les observations des registres Monica (Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease), précisent au niveau national les évolutions récentes des hospitalisations pour IDM dans l'ensemble des classes d'âge, sans pouvoir différencier les parts respectives des primo-événements et des récidives. La tendance est globalement favorable pour la plupart des classes d'âge, à l'exception des femmes de 35 à 54 ans, dont le taux d'hospitalisation pour IDM augmente, probablement en lien avec l'augmentation du tabagisme, de l'obésité et du diabète. (résumé d'auteur).

Taux de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque en 2008 et évolutions en 2002-2008, France.
PEREL (C.), DE PERETTI (C.), JUILLIERE (Y.), ALLA (F.), DANCHIN (N.), TUPPIN (P.), CHIN (F.)
C, P140
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE, n°41, 2012/11/06
http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-41-2012
[BDSP. Notice produite par InVS 9qrqR0xl. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction. L'insuffisance cardiaque (IC) est une affection grave, responsable de nombreuses hospitalisations. L'objectif de cette étude était d'estimer le taux annuel de personnes hospitalisées pour IC et de décrire les tendances récentes. Méthodes. Les données ont été extraites des bases nationales du PMSIMCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information - médecine, chirurgie obstétrique). Ont été sélectionnés les séjours avec pour diagnostic principal une IC, ainsi que les séjours avec diagnostic associé d'IC et diagnostic principal de cardio (néphro) pathie avec IC, d'oedème aigu du poumon ou de foie cardiaque. Le premier séjour annuel de chaque patient a été retenu. Les taux de personnes hospitalisées pour IC ont été standardisés sur la population française (1999). Résultats. En 2008,148 292 patients ont été hospitalisés pour IC. Entre 2002 et 2008, le nombre de patients hospitalisés a augmenté de 14,4%, mais le taux standardisé global a peu évolué (-2,5%). Il y a eu toutefois une diminution significative des taux entre 5 et 24 ans, ainsi que pour les hommes de 65 à 84 ans et les femmes de 55 à 74 ans, mais une augmentation pour les femmes de 45 à 54 ans. De plus, la létalité intra-hospitalière à la première hospitalisation a diminué, passant de 8,9% à 7,5%. Des disparités régionales importantes ont été observées. Discussion-conclusion. L'IC est une cause d'hospitalisation très fréquente. Entre 2002 et 2008, on observe des tendances différenciées selon le sexe et l'âge. (R.A.).

Évolution de l'état de santé depuis 20 ans : l'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1993 et 2010 en France métropolitaine.
MOUQUET (Marie-Claude), OBERLIN (Philippe)
C, P49
ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE, n°80, 2012/09
In : 20 ans de santé publique.
[BDSP. Notice produite par EHESP H8R0xI88. Diffusion soumise à autorisation]. Environ 10.6 millions de personnes résidant en France métropolitaine, soit une personne sur six, ont été hospitalisées au moins une fois en 2010, dans une unité de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologique (MCO) au sein d'un établissement hospitalier public ou privé. Globalement, le nombre total de séjours hospitaliers est passé de 12,4 millions en 1993 à 14,6 millions en 2010. Cet article présente l'évolution des motifs de recours au MCO entre 1993 et 2010.

La réforme du parcours des soins.
LACHMANN (Jean)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°516, 2012/05
In : Dossier. Le changement.
[BDSP. Notice produite par EHESP 8AR0xC87. Diffusion soumise à autorisation]. Quel que soit le système - hôpital ou clinique, privé ou public, établissement hospitalier ou structure associative-le système de la santé en France reste frappé de deux faiblesses structurelles : l'éclatement du système des soins et du parcours des soins. Le chemin le plus pertinent est celui d'une réforme du parcours des soins. Celui-ci ne serait plus cantonné à la prise en charge épisodique d'une maladie mais prendrait en compte le parcours de chaque patient et passerait par un fonctionnement en bouquet mêlant médecine de ville, soins hospitaliers et compensations sociales.

La prise en charge hospitalière des personnes âgées.
En ligne
Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2012/07
In : Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2011 - Prévisions 2012.
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_ccss_07-2012.pdf
Ce chapitre s'intéresse à la prise en charge hospitalière des personnes âgées. Il constate qu'une part de plus en plus importante de l'activité hospitalière concerne la prise en charge de cette partie de la population. Cette évolution se traduit par une déformation de la structure d'activité hospitalière, le secteur public accueillant principalement la patientèle âgée. Il examine le coût de cette prise en charge et les facteurs explicatifs de ce coût. La prise en charge de la personne âgée est donc un enjeu majeur de l'organisation des soins dans les années à venir.

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences.
COLDEFY (M.)
QES180
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES), n°180, 2012/10
In : L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences.
http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf
La prise en charge des troubles psychiques, qui concernent un individu sur quatre en Europe, est devenue une priorité des politiques de santé après l'impulsion donnée en 2005 par le plan d'action en santé mentale en Europe de l'Organisation mondiale de la santé. Ce plan encourage un meilleur équilibre entre prise en charge ambulatoire et hospitalière, et le développement des services de proximité. Depuis les années 1970, la plupart des pays européens sont passés d'une prise en charge dans de grandes institutions à l'intégration du patient dans son environnement à l'aide de soins et de services de proximité. Après avoir montré comment le processus de désinstitutionnalisation des soins psychiatriques s'est opéré à des vitesses et modalités distinctes en Allemagne, Angleterre, France et Italie, sont étudiés l'offre de services, les structures et modes de prise en charge actuels dans ces quatre pays. Ces premiers éléments de comparaison mettent en évidence, outre la difficulté de disposer de données de qualité comparables entre les pays, l'inégal achèvement des politiques de désinstitutionnalisation psychiatrique. Ils pointent également le retard de la France en matière d'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, mais aussi de développement des structures et services d'accompagnement des personnes à l'extérieur de l'hôpital.

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA

Caractéristiques et trajet de soins des insuffisants cardiaques du Régime général.

MERLIERE (J.) , COUVREUX (C.) , SMADJA (L.) , JOLIVET (A.)

C, en ligne

POINTS DE REPERE, n°38, 2012/08

In : Caractéristiques et trajet de soins des insuffisants cardiaques du Régime général.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/points_repere_n_38.pdf

En 2008, la CNAMTS a dénombré, au sein de la population couverte par le Régime général, environ 370 000 personnes exonérées du ticket modérateur au titre de leur insuffisance cardiaque ou hospitalisées dans l'année avec ce diagnostic, soit 0,7 % de la population couverte par le Régime général et 11 % des plus de 85 ans. Âgées de 77 ans en moyenne, elles sont souvent concernées par plusieurs ALD. Leur taux de décès en 2008 s'élève à 16,6 %. Leur suivi médical est régulièrement réalisé par les médecins généralistes, mais peu par les cardiologues. Les hospitalisations représentent 63 % des dépenses de santé remboursées pour les patients en ALD pour insuffisance cardiaque.

DE PERETTI (C.), WOIMANT (F.), SCHNIZTLER (A.), GIROUD (M.), BEJOT (Y.), TUPPIN (P.), CHIN (F.)

Personnes hospitalisées pour accident vasculaire cérébral en France. Tendances 2002-2008.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2012/03/06

N°: 10-11 Pages : 125-130

[BDSP. Notice produite par InVS R0xr9BHs. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction - Cette étude examine les évolutions des taux de personnes hospitalisées pour accident vasculaire cérébral (AVC) entre 2002 et 2008. Méthodes - Les données ont été extraites des bases nationales des résumés d'hospitalisation en court séjour. Les événements ont été sélectionnés à partir du diagnostic principal et seuls les premiers séjours annuels de chaque patient ont été conservés. Les taux ont été standardisés (population française de 1999), et les tendances analysées par régression de Poisson. Résultats - Il y a eu une légère diminution des taux de personnes hospitalisées pour AVC entre 2002 et 2008 (-2,6 %). Cette tendance globale recouvre toutefois des évolutions différenciées selon l'âge : après 65 ans, les taux standardisés ont diminué de 674,6 à 630,3 pour 100 000 habitants (-6,6 %), mais ils ont augmenté avant 65 ans de 37,1 à 41,1 pour 100 000 (+10,8 %). Conclusion - Sur la période considérée, il y a eu augmentation des taux de personnes hospitalisées pour AVC dans la population de moins 65 ans et réduction des taux pour les plus âgés. (R.A.).

http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-10-11-2012

TONNELIER (F.) , FREUND (R.) , PHILIPPON (J.F.)

Les hospitalisations potentiellement évitables en Ile-de-France : un marqueur du retard à l'accès aux soins.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)

2012/01

Pages : 125-134

L'objet de cette note est d'étudier les hospitalisations potentiellement évitables en Ile-de-France en 2006. Les hospitalisations concernent les hospitalisations qui auraient pu être évitées si les soins primaires étaient intervenus auparavent en temps opportun. Les principales pathologies concernées sont l'asthme, l'angine de poitrine, le diabète (tiré de l'intro).

EVAIN (F.), BIGARD (M.), LEVY (D.)

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Pôle Analyse Territoriale. Paris. FRA

Une hospitalisation en court séjour sur deux a lieu à moins de 20 minutes du domicile.
Paris : Insee
INSEE PREMIERE
2012/03
N°: 1397 Pages : 4p., tabl., fig.
En 2010, une personne sur six a été hospitalisée en court séjour. La moitié des patients ont été accueillis àmoins de 20 minutes de leur domicile. Les temps d'accès sont plus courts pour les interventions les plus fréquentes, comme la chirurgie orthopédique, les endoscopies digestives ou encore les accouchements. D'un territoire de santé à l'autre, ces temps peuvent différer selon l'importance et la diversité de l'offre hospitalière. Certains territoires accueillent plus souvent que d'autres des populations résidant hors de leur périmètre. Réciproquement, la part des patients hospitalisés hors de leur territoire de résidence est variable selon les zones géographiques. En croisant ces deux dimensions, quatre profils de territoires de santé se dessinent.
http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1397/ip1397.pdf

KRANKLADER (Elodie)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S). Paris. FRA
Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts.
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2012
N°: 25 Pages : 27p., graph., tabl.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 88FR0xnk. Diffusion soumise à autorisation]. Entre 2001 et 2009, le nombre de séjours enregistrés dans les établissements de France métropolitaine et des DOM a augmenté de 14,6 % malgré une diminution de 0,5 % des capacités d'accueil, du fait de la réduction de la durée moyenne de séjour et du développement de l'hospitalisation partielle, poussé par l'avancée des progrès techniques et des politiques incitatives volontaristes. La modernisation du parc d'équipements d'imagerie et l'augmentation des actes techniques sont manifestes : le nombre d'équipements en imagerie n'a cessé d'augmenter ces dernières années et les examens réalisés avec des équipements diagnostiques plus performants sont donc de plus en plus nombreux. Le nombre d'emplois de personnel médical et non médical s'inscrit également à la hausse, du fait notamment de la mise en place des 35 heures. On observe des disparités de ratios de personnels soignants entre établissements qui s'expliquent par la structure de l'activité et les caractéristiques de la patientèle.
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article25-2.pdf

EVAIN (Franck)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Évolution des parts de marché dans le court-séjour entre 2005 et 2009.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2011/11 Pages : 8p.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE Ek8DR0x7. Diffusion soumise à autorisation]. La généralisation de la tarification à l'activité en 2005 a conduit les établissements de santé à repenser leur mode de fonctionnement. Les ressources qui leur sont octroyées sont désormais fondées à la fois sur la nature et le volume de leurs activités. L'enveloppe globale destinée au financement de ces établissements étant régulée via un objectif national de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique, une certaine forme de concurrence est ainsi mise en place. Sur la période 2005-2009, l'activité de court-séjour produite par les établissements de santé a globalement augmenté, en nombre de séjours comme en montant remboursé aux établissements par l'assurance maladie, mais les évolutions sont contrastées selon les secteurs.

http://www.drees.sante.gouv.fr/evolution-des-parts-de-marche-dans-le-court-sejour-entre-2005-et-2009,10149.html

CHAN CHEE (C.), JEZEWSKI SERRA (D.)
Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO.
Numéro thématique. Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France.
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE
2011/12/19
N°: 47-48 Pages : 492-496
Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été utilisé pour l'analyse des hospitalisations pour tentatives de suicide (TS). En France métropolitaine, entre 2004 et 2007, un total de 359 619 séjours pour TS ont été comptabilisés en médecine et chirurgie, correspondant à 279 843 patients, soit environ 90 000 hospitalisations pour 70 000 patients par an. Au cours des quatre années étudiées, 84,1% des patients ont été hospitalisés une seule fois et 15,9% des patients ont été hospitalisés plusieurs fois pour TS. Quelle que soit l'année, les séjours féminins ont représenté 65% de l'ensemble des séjours pour TS. L'absorption de médicaments était le mode opératoire des TS de loin le plus fréquent, concernant 79% des TS hospitalisées, soit entre 67 000 et 79 000 séjours hospitaliers par an. Le taux de séjours pour TS était de 16,9 pour 10 000 habitants (12,4 pour 10 000 hommes et 21,2 pour 10 000 femmes). Les séjours hospitaliers pour TS concernant les adolescentes de 15 à 19 ans présentaient les taux les plus élevés, avoisinant 43 pour 10 000. Les régions du Nord et de l'Ouest, à l'exception de l'Île de France et des Pays de la Loire, avaient des taux standardisés supérieurs au taux national chez les hommes et chez les femmes. Le taux de réhospitalisation pour TS progressait de 14,0% à 12 mois jusqu'à 23,5% à 48 mois sans différence selon le sexe ; il était plus élevé parmi les 30-49 ans et chez les patients ayant un diagnostic psychiatrique. Cette étude montre l'ampleur du phénomène suicidaire en France, souligne la nécessité de compléter la surveillance des TS et de mettre en place des actions de prévention et de prise en charge de certains groupes de population particulièrement vulnérables.
http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-47-48-2011

CAPDEVIELLE (D.), BOULENGER (J.P.), VILLEBRUN (D.), RITCHIE (K.)
Durée d'hospitalisation des patients souffrant de schizophrénie : implication des systèmes de soin et conséquences médicoéconomiques.
L'ENCEPHALE
2009
Vol : 35 : n°: 4 Pages : 394-399

MOUQUET (Marie-Claude)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S). Paris. FRA
Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2008.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2011/11
N° 783 Pages : 8p., tabl., graph.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xI7t9E. Diffusion soumise à autorisation]. En 2008, un homme sur sept et une femme sur cinq, soit 10,8 millions de personnes, ont été hospitalisées au moins une fois dans les unités de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), soit 16,3 millions de séjours dans l'année. Les taux d'hospitalisation, tous âges confondus, s'établissent à 268 séjours pour 1 000 femmes et 241 pour 1 000 hommes. Globalement, les femmes sont plus souvent hospitalisées que les hommes, en raison notamment de la maternité et parce qu'elles sont plus nombreuses aux âges élevés. Ainsi, à âge égal et en excluant les séjours relatifs à la maternité, les taux

d'hospitalisation sont moins élevés pour les femmes que pour les hommes. Le recours le plus important à l'hôpital concerne bien sûr les âges extrêmes.
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er783.pdf

COQUELET (F.) , VALDELIEVRE (H.)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2011
N° 23 Pages : 35p., tabl., cartes
Les soins de suite et de réadaptation (SSR) en hospitalisation complète, en 2008, s'adressent à une patientèle plutôt âgée, majoritairement féminine et prise en charge pour des soins traumatologiques et rhumato-orthopédiques. La durée moyenne de séjour est de 34 jours, mais elle varie en fonction de la morbidité et de la dépendance des patients ; 5 % des séjours durent plus de 3 mois. À l'admission, près de deux patients sur trois sont globalement autonomes. L'offre en soins de suite et de réadaptation est assurée par 1 762 établissements dont près de la moitié appartiennent au secteur public. L'activité du secteur privé est prépondérante dans le sud de la France. Les densités de lits et places en SSR varient selon les régions : notamment le Sud-Est apparaît mieux doté mais les écarts tendent à se réduire depuis 2000. L'activité en SSR représente près de 34 millions de journées en 2008 dont 7 % effectuées en hospitalisation à temps partiel. L'activité en hospitalisation complète représente plus d'un million de séjours. Pour répondre à la demande de soins, le personnel soignant employé est en moyenne de 0,52 par lit ou place pour le personnel infirmier et aide-soignant, et de 0,13 pour le personnel de rééducation ; ces moyennes varient selon la catégorie d'établissement et le type de prise en charge des patients.
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201123-3.pdf

OBERLIN (Philippe), MOUQUET (Marie-Claude)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Les modalités de prise en charge des fractures du col du fémur en France de 1998 à 2009.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2011/09
N°: 774 Pages : 8p.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE pCtR0xCj. Diffusion soumise à autorisation]. En 2009, les 79 200 fractures de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) ont été traitées essentiellement dans des hôpitaux publics et la part de ceux-ci a régulièrement augmenté depuis 1998. Cela est vraisemblablement dû au fait qu'il s'agit d'une pathologie d'urgence à durée de séjour relativement longue, les caractéristiques démographiques des patients étant par ailleurs sensiblement les mêmes dans tous les types d'établissements. En 2009,36% des FESF ont été classées en fractures trochantériennes et 64% en fractures cervicales ou de localisation non précisée. Un patient sur deux a eu une ostéosynthèse et deux sur cinq une prothèse. Les recommandations de traitement de la Haute Autorité de santé (HAS) semblent globalement suivies. En effet, en 2009, les patients victimes d'une fracture trochantérienne ont été traités près de neuf fois sur dix par ostéosynthèse. Pour les fractures cervicales ou non précisées, six patients sur dix ont eu une prothèse, le plus souvent céphalique. Néanmoins, la probabilité de mise en place d'une prothèse totale de hanche est, toutes choses égales par ailleurs, plus élevée pour les patients hospitalisés dans le secteur privé à but lucratif, et ceci quelle que soit la localisation de la fracture. Les pratiques diffèrent aussi selon les régions.
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er774.pdf

BOCQUIER (A.), THOMAS (N.), ZITOUNI (J.), LEWANDOWSKI (E.), CARTAREDONA (S.), JARDIN (M.), FAVIER (O.), FINKEL (S.), CHAMPION (F.), BERNARDY (A.), TRUGEON (A.), VERGER (P.)
Évaluation de la qualité du chaînage des séjours hospitaliers pour l'étude des variations spatiales de santé à partir des données du PMSI. Étude de faisabilité dans trois régions françaises.
REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE
2011/08
Vol : 59 : n°: 4 Pages : 243-249, tabl., fig.
[BDSP. Notice produite par ORSLR ssGBsR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis 2001, les bases du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) comportent un numéro de chaînage anonyme permettant de relier entre elles les hospitalisations d'un même patient. Sous réserve d'une qualité de chaînage suffisante, ces données pourraient contribuer à l'évaluation de la prévalence de certaines pathologies à l'échelle territoriale où peu de données de morbidité sont disponibles. Cette étude analyse le lien potentiel entre la qualité du chaînage et les taux de personnes hospitalisées dans trois régions françaises (Bretagne, Picardie et Provence-Alpes-Côte d'Azur). Cette analyse porte sur des séjours hospitaliers (hors séances) en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) sur la période 2004-2005 (ensemble des séjours, séjours avec mention de cancer ou d'asthme). Pour étudier la qualité du chaînage, le pourcentage des séjours chaînables (pas d'erreur lors de la procédure d'anonymisation) a été calculé au niveau des régions et des territoires infrarégionaux utilisés par les décideurs régionaux dans le champ sanitaire. L'intervalle interquartile (troisième quartile-premier quartile) du pourcentage de séjours chaînables a été calculé et le lien entre ce dernier et le taux standardisé de personnes hospitalisées au moins une fois en 2004-2005 testé à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman. Toutes causes confondues, les pourcentages de séjours chaînables étaient de 94,4%, 96,6% et 97,0% respectivement en Picardie, Paca et Bretagne. Les variations infrarégionales étaient plus élevées en Picardie (intervalle interquartile de 4 à 6) qu'en Bretagne et Paca (1 à 2). Le pourcentage de séjours chaînables était significativement corrélé au taux de personnes hospitalisées pour l'ensemble des séjours et ceux avec mention de cancer, en Picardie uniquement. Les résultats incitent à utiliser avec prudence les données du PMSI antérieures à 2006 et à analyser la qualité du chaînage avant d'effectuer des comparaisons géographiques ou des évolutions temporelles du taux de personnes hospitalisées. Celles-ci ne sont pas toujours envisageables. De nouvelles analyses devraient être conduites dans les autres régions et sur les évolutions récentes du taux de chaînage. (R.A.).

DE PERETTI (C.), NICOLAU (J.), HOLSTEIN (J.), REMY NERIS (O.), WOIMANT (F.)
Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint-Maurice. FRA
Hospitalisations en soins de suite et de réadaptation en France après un accident vasculaire cérébral survenu en 2007.
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE
2010/12/28
N°: 49-50 Pages : 501-506
[BDSP. Notice produite par InVS rC97R0xB. Diffusion soumise à autorisation]. Objectifs - Les objectifs de cette étude étaient d'estimer la proportion de patients hospitalisés en soins de suite et de réadaptation (SSR) après un accident vasculaire cérébral (AVC) et de décrire ses variations en fonction des caractéristiques des patients, des AVC et des structures de prise en charge à la phase aiguë. Méthodes - Les patients ont été sélectionnés dans la base nationale 2007 du PMSI court séjour (PMSI MCO) à partir du diagnostic principal d'AVC constitué, puis chaînés dans les bases 2007 des hospitalisations des soins de suite (PMSI SSR) grâce au numéro d'anonymisation. Résultats - Parmi les patients hospitalisés en court séjour pour AVC et non décédés, 31% ont été retrouvés dans le PMSI SSR : 7% dans le secteur de rééducation fonctionnelle (RF) et 24% en soins de suite médicalisés (SSM). La proportion globale de patients hospitalisés en SSR augmentait avec l'âge, alors que la prise en charge en RF était moins fréquente pour les personnes âgées. Ces deux proportions

étaient plus élevées en cas d'hospitalisation initiale en unité neurovasculaire ou en soins intensifs. Les disparités régionales étaient notables. Conclusion - Parmi les patients hospitalisés en 2007 pour AVC et non décédés, 31% ont bénéficié d'une prise en charge en SSR. Il existait des disparités selon l'âge, le sexe, la filière de prise en charge à la phase aiguë et la région de domicile des patients. (R.A.).

TUPPIN (P.), DROUIN (J.), MAZZA (M.), RICORDEAU (P.), WEILL (A.), HUBER (A.) et al.
Taux d'hospitalisation des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMUC) à faible revenu en France.
Hospitalization admission rates for low-income subjects with full health insurance coverage in France.
EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2011/10
Vol : 21 : n°: 5 Pages : 560-566, tabl.
Complementary Universal Health insurance (CMUC) providing free access to health care has been available in France, since 2000 for people with an annual income <50% of the poverty threshold. Data were derived from the French national health insurance reimbursements and short-stay admissions database for 2007 (80% of subjects under the age of 60 years in France, including 4.8 million CMUC beneficiaries). Rate ratios were calculated by dividing the rate of CMUC beneficiaries by that of other beneficiaries standardized for the sex and age distribution of CMUC beneficiaries. Results: The hospitalization rate of CMUC beneficiaries was 17.2% and the standardized rate for non-CMUC beneficiaries was 13.2% (ratio: 1.3). It was equally raised regardless of gender and age of CMUC beneficiaries. The hospital mortality rate was 0.61% for CMUC beneficiaries and the adjusted rate for non-CMUC beneficiaries was 0.35% (1.8). The hospitalization ratio for CMUC beneficiaries was >1 for all of the 22 major diagnostic categories, including psychiatry, toxicology and alcohol (3.7), HIV (3.3), infectious diseases other than HIV (1.9), burns (2.6), trauma (1.7) and female genital tract tumours (1.6) but not breast tumours (0.8). Hospitalizations for investigations such as endoscopies were also more frequent, as well as stays of <48 h for radiotherapy (1.6), chemotherapy (1.5) and dialysis (2.2). Conclusions: In this low-income population with free access to health care, hospitalization and hospital mortality rates were higher for many diseases that are known targets for prevention and screening actions.

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA
Améliorer la pertinence des actes : exemples de l'appendicectomie et de la césarienne programmée.
Paris : Cnamts
POINT D'INFORMATION (CNAMTS)
2011/09/29
Pages : 12p.
Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie déploie des programmes d'actions d'ampleur pour favoriser le respect des recommandations sanitaires et un recours approprié aux soins Avec cette étude, elle a souhaité analyser le recours à deux interventions chirurgicales fréquentes en France, qui représentent chaque année près de 150 000 séjours en établissements de santé. Les données de l'Assurance Maladie montrent, pour chacune d'elles, une importante hétérogénéité dans les pratiques des établissements et des professionnels de santé.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Pertinence_des_actes.pdf

TALLET (F.)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Mobilité géographique des patients en soins hospitaliers de court séjour : comment la répartition de l'offre structure-t-elle le territoire ?
Comptes nationaux de la santé 2010.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2011/09
N°: 161 Pages : 121-153, tabl., graph., fig.
L'intérêt de l'analyse territoriale du système de santé s'accroît depuis plusieurs années et notamment depuis l'adoption en 2009 de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST). La recherche à un niveau décentralisé de la meilleure adéquation de l'offre aux besoins de santé nécessite de renforcer l'information géographique disponible. Plus concentrée que celle de soins de ville, l'offre hospitalière de court séjour (concernant les soins de médecine, chirurgie et obstétrique) est regroupée dans certains pôles et les patients se déplacent pour accéder aux établissements fournisseurs de soins. Plusieurs études ont montré que si les temps d'accès sont globalement limités, ils varient cependant sensiblement selon les communes de résidence des patients et les types de soins fournis. Cette étude développe deux axes nouveaux. À partir d'une analyse des flux intercommunaux, sont dessinées les aires d'influence des centres hospitaliers et précisés les temps d'accès aux services hospitaliers selon certaines caractéristiques des communes de résidence, des établissements et du type de soins hospitaliers fournis.
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat161_dossier-mobilite.pdf

COLDEFY (M.) , COM-RUELLE (L.) , LUCAS-GABRIELLI (V.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine.
Paris : IRDES
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)
2011/04
N° 164 Pages : 8p.
http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes164.pdf
La question de l'accès aux soins médicaux est devenue centrale dans le contexte actuel de fortes mutations du monde hospitalier et de réduction à venir des effectifs de médecins sur le territoire. Cette étude s'intéresse à l'accessibilité spatiale, mesurée au 1er janvier 2007, au regard des distances et temps d'accès aux soins les plus proches en ville et à l'hôpital. Pour les soins hospitaliers, une méthodologie novatrice est proposée pour le repérage et la géolocalisation des principales spécialités.

EVAIN (Franck)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ?
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2011/02
N°: 754 Pages : 6p.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er754-2.pdf
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE GJsR0xrk. Diffusion soumise à autorisation].
L'étude de la fréquentation des hôpitaux de court séjour montre que près de 30% des patients sont hospitalisés à moins de 10 minutes de chez eux et près de 50% à moins de 20 minutes. Ces distances apparaissent plutôt faibles au regard de la rareté de l'événement que constitue une hospitalisation. Ce sont logiquement les prises en charge fréquentes et bénignes qui sont réalisées au plus proche du domicile alors que les hospitalisations pour des pathologies complexes peuvent avoir lieu assez loin du lieu de résidence. Les disparités interrégionales apparaissent quant à elles inférieures aux disparités infrarégionales. C'est donc bien au sein des régions que se joue la réduction des inégalités d'accès aux soins.

TOMAS (J.), LELIEVRE (F.), BERCELLI (P.), GLANDDIER (P.Y.), FANELLO (S.), TRUFFREAU (F.), TALLEC (A.)
Hospitalisations associées à la grippe en France : la situation en 2006-2007.
Hospital admissions related to influenza in France during the 2006/2007 epidemic.

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE
2011/06
Vol : 59 : n°: 3 Pages : 159-167, tabl.
[BDSP. Notice produite par ORSRA 8R0xED8A. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : Les données épidémiologiques disponibles sur les hospitalisations liées à la grippe sont essentiellement recueillies à des fins de surveillance. Elles concernent des séjours avec passage aux urgences dans quelques établissements hospitaliers ou, depuis 2009, des patients hospitalisés pour des formes sévères, identifiés par des réanimateurs volontaires. Les données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), exploitées dans le cadre de cette étude, offrent un regard plus large et exhaustif sur ces hospitalisations. Méthode : L'analyse portait sur les séjours comportant un code de grippe présent dans la base nationale des résumés de sortie anonymes pour la période d'octobre 2006 à septembre 2007. Lorsque la grippe était codée en diagnostic principal ou qu'une association code astérisque/dague (manifestation/étiologie) de grippe était renseignée, le séjour était considéré comme directement imputable à la grippe (motif principal). Sinon, la grippe était considérée comme motif associé d'hospitalisation. Résultats : Au total, 6797 séjours comportaient un diagnostic de grippe dont 60% en motif principal. La moitié des hospitalisations concernait les âges extrêmes de la vie, et 56 s'achevaient par un décès. La grippe était le motif principal d'hospitalisation de 12 d'entre eux (21%). Lorsque la grippe était un motif associé d'hospitalisation (44/56), le diagnostic principal était souvent une affection cardiovasculaire ou respiratoire (26/44,59%). Conclusion : En 2006-2007, les réseaux de surveillance répertoriaient 105 séjours pour grippe avec passage aux urgences. Le programme de médicalisation des systèmes d'information, qui en recensait 2126 sur un total de 6797 hospitalisations avec grippe, offrait l'opportunité de les étudier précisément (terrain et prise en charge du patient). Notre choix de considérer les diagnostics associés de grippe peut être discuté car il diminue la spécificité de l'approche. Effectivement, l'absence de hiérarchisation des diagnostics associés empêche d'attribuer l'origine du diagnostic principal à la grippe. Mais un choix inverse aurait sous-estimé l'effectif des séjours concernés. Malgré ces limites et au vu du contexte actuel, l'exploitation régulière du programme de médicalisation des systèmes d'information mérite d'être prochainement envisagée, en complément des systèmes existants.

FUHRMAN (C.), DELMAS (M.C.), JOUGLA (E.), QUENEL (P.), SOLET (J.L.), REY (G.), NICOLAU (J.)
Asthme et BPCO : taux d'hospitalisation et de mortalité dans les départements d'outre-mer et en France métropolitaine, 2005-2007.
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE
2011/04/12
N°: 13-14 Pages : 168-172
http://www.invs.sante.fr/beh/2011/13_14/beh_13_14_2011.pdf
[BDSP. Notice produite par InVS nElkR0xk. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif - Cet article fournit les taux d'hospitalisation et de mortalité par asthme et BPCO à La Réunion et aux Antilles et les compare à ceux de France métropolitaine. Méthodes - L'analyse a concerné les séjours hospitaliers (PMSI) et les décès (CépiDc) survenus en 2005-2007. Les analyses ont été effectuées chez les personnes âgées de 2 ans ou plus, le diagnostic d'asthme étant difficile avant cet âge. Résultats - En 2005-2007, les taux d'hospitalisation pour asthme étaient plus élevés dans les DOM qu'en métropole. Les taux les plus élevés étaient observés aux Antilles pour les 2-44 ans et à La Réunion pour les adultes de 45 ans ou plus. Comparativement à la métropole, les taux d'hospitalisations pour BPCO étaient plus élevés à La Réunion et moins élevés aux Antilles. Les données de mortalité étaient concordantes avec les données d'hospitalisation. Toutefois, les faibles effectifs ne permettaient pas d'étudier les disparités régionales de mortalité pour les personnes âgées de moins de 45 ans. Conclusion - Les taux d'hospitalisation par asthme sont élevés dans les départements d'outre-mer, en rapport avec une prévalence plus élevée, mais également un

moins bon contrôle de la maladie. Des efforts doivent être entrepris pour améliorer la prise en charge des personnes asthmatiques dans les DOM. (R.A.).

OBERLIN (Philippe), MOUQUET (Marie-Claude)
Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement ?
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2010/04
N°: 723 Pages : 6p.
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er723.pdf
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x788ks. Diffusion soumise à autorisation]. La fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) est la complication la plus grave de l'ostéoporose, entraînant fréquemment une incapacité physique permanente résiduelle et pouvant être la cause du décès. En 2007, elle est à l'origine de 77 300 séjours en médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique (MCO) pour les patients âgés de 55 ans ou plus, dont les trois quarts pour des femmes. L'augmentation de la population âgée a entraîné entre 1998 et 2007 une hausse du nombre de séjours pour ce motif, en particulier chez les hommes (+12,9%). Dans le même temps, les taux standardisés d'hospitalisation ont baissé (-17,5% chez les femmes et - 9,9% chez les hommes), reflétant en partie l'impact des campagnes de prévention des chutes réalisées au cours de ces années. En 2007, l'âge moyen des patients hospitalisés pour une fracture du col est de 83,2 ans pour les femmes et de 79,6 ans pour les hommes. Ces derniers ont une durée moyenne de séjour plus longue (14,6 jours en 2007 contre 13,5) et qui a baissé moins rapidement que celle des femmes depuis 1998. Le taux de mortalité au cours des séjours en MCO est deux fois plus faible pour les femmes que pour les hommes. Il a diminué au cours des années 2000 et s'établit respectivement à 3,7 et 7,7% en 2007.

Focus sur quatre pathologies et actes courants : l'appendicectomie, l'accouchement, l'angine de poitrine et l'AVC.
Exploitation seconde de la base de l'Etude nationale de coûts (ENC).
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2009
N° : 9
Pages : 16-48
Ce chapitre approfondit l'analyse du coût de prise en charge de deux actes courants – l'appendicectomie et l'accouchement par voie naturelle – et de deux pathologies fréquentes – l'angine de poitrine et l'AVC – dans les établissements hospitaliers publics. L'objectif principal de ces focus est de fournir une analyse descriptive détaillée des différents éléments déterminant le coût hospitalier, et d'identifier leur contribution respective à la variabilité des coûts observés, à la fois au niveau du patient et au niveau institutionnel. Plus spécifiquement, l'objectif est de séparer dans la variabilité des coûts ce qui est imputable à un effet « établissement hospitalier» et ce qui est imputable à un effet «patient».
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/article200909.pdf

OR (Z.), RENAUD (T.)
Analyse comparative du coût de la prise en charge de neuf pathologies et interventions courantes dans le secteur public hospitalier.
Exploitation seconde de la base de l'Etude nationale de coûts (ENC).
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2009
N° : 9
Pages : 6-15
Cette synthèse propose une analyse comparative des coûts hospitaliers de la prise en charge de neuf pathologies et interventions courantes. L'objectif est de fournir des estimations de coûts pour ces interventions tout en étudiant les facteurs contribuant à la variabilité des coûts des séjours. Il ne s'agit pas de calculer un coût de la pathologie

proprement dit : l'unité d'analyse est le séjour hospitalier et non pas le malade et sa trajectoire de soins.
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/article200909.pdf

UHRY (Z.), REMONTET (L.), GROSCLAUDE (P.), VELTEN (M.), COLONNA (M.)
Estimations départementales de l'incidence du cancer colorectal en France à partir des données hospitalières, 1999-2003.
REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE
2009/10
Vol : 57 N° : 5 Numéro spécial :
Pages : 329-336, rés., tabl., fig., carte
En France, l'incidence des cancers est mesurée par les registres départementaux des cancers qui couvrent 15% de la population. L'incidence des cancers est estimée au niveau national et régional à partir des données de mortalité en extrapolant le rapport entre incidence et mortalité observé dans les départements couverts par un registre. L'utilisation du rapport incidence/mortalité au niveau départemental est plus incertaine. Cette étude a pour objectif de produire des estimations départementales de l'incidence du cancer colorectal en France, à partir du rapport entre nombre de cas incidents et nombre de séjours chirurgicaux répertoriés dans les bases hospitalières. Méthodes : Ce rapport a été étudié sur la période 1999-2003 dans les 13 départements couverts par un registre. Pour chaque sexe séparément, le nombre de cas incidents a été analysé en fonction du nombre de séjours chirurgicaux pour résection du cancer colorectal (colectomies, exérèses, pelvectomies) par un modèle de Poisson. L'âge a été intégré au modèle en effet fixe et le département en effet aléatoire. La capacité du modèle à prédire l'incidence a été testée par validation croisée. Le modèle a ensuite été extrapolé pour estimer l'incidence départementale. Résultats : Dans les départements couverts par un registre, la validation croisée a montré une bonne capacité prédictive du modèle, à l'exception chez l'homme d'un département où l'écart entre incidence prédite et observée atteignait 10%. Sur l'ensemble des départements, les taux d'incidence estimés, standardisés sur la population mondiale, variaient de 29 à 44 pour 100 000 environ chez l'homme et de 17 à 27 pour 100 000 chez la femme. L'incidence ne présentait pas de gradient géographique clair. Conclusion : Au sein des registres, l'incidence prédite en validation croisée était proche dans l'ensemble de l'incidence observée. L'inclusion de plusieurs séjours par patient représentait certainement une source d'erreur mineure dans ces estimations. En effet, notre sélection ne comportait que 2% de séjours multiples, sans variations géographiques, en 2002 et 2003, années pour lesquelles le chaînage patient était disponible dans les bases hospitalières. Les taux d'incidence estimés présentaient des variations géographiques modérées. Les intervalles de prédiction qui les accompagnent doivent être pris en considération.

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA
Recours aux soins médicaux : d'importantes différences selon les régions.
Paris : CNAMTS
POINT D'INFORMATION (CNAMTS)
2009/10/22
Pages : 11p.
De nombreuses études de l'Assurance Maladie ont montré la variabilité des comportements et des pratiques de soins selon les régions. Une hétérogénéité qui existe aussi bien dans la pratique de la chirurgie de la cataracte, la réalisation d'actes de kinésithérapie, que pour la chirurgie ambulatoire. Une analyse plus globale a été réalisée sur les différences régionales de recours aux soins, comprenant les soins de ville et les soins hospitaliers de court séjour. La consommation de soins de ville est mesurée à partir des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie. Pour les soins hospitaliers, la dépense a été reconstituée en valorisant les séjours hospitaliers avec les mêmes tarifs de GHS, qu'ils soient réalisés dans le secteur public ou dans le secteur privé. Ainsi les écarts mis en évidence ne résultent pas de

différences de tarification, mais bien de différences de volume de recours aux soins. Il s'agit du recours des habitants de la région, qu'il ait lieu dans leur région de résidence ou dans d'autres régions : les disparités observées sont donc des disparités régionales de consommation médicale.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Recours_aux_soins_medicaux__vdef.pdf

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA
2,5 millions de personnes atteintes de diabète en France : Prise en charge des malades et dynamique des dépenses.
Paris : CNAMTS
POINT D'INFORMATION (CNAMTS)
2009/10/22
Pages : 11p.
La plupart des pays développés sont actuellement confrontés à une épidémie de diabète de type 2. La France s'inscrit elle aussi dans cette évolution : en 2007, on compte 2,5 millions de personnes traitées pour diabète, soit 40% de plus qu'en 2001. Cela correspond à un taux de prévalence moyen de 4% et supérieur à 12% pour les personnes de plus de 60 ans. Parallèlement, chaque année, les dépenses d'assurance maladie pour les soins de ces malades augmentent d'un milliard d'euros environ. Notre système de soins doit ainsi relever un double défi : mieux traiter un nombre croissant de malades, tout en maîtrisant l'accroissement des dépenses qui sont liées à cette pathologie. L'Assurance Maladie présente dans ce document des données de l'étude Entred 2007, menée par l'InVS en partenariat avec la HAS, l'Inpes, l'AFD, le RSI et la Cnam, ainsi que des études complémentaires propres afin d'analyser les modalités de la prise en charge des patients diabétiques et de mesurer l'évolution des dépenses liées à leurs soins.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Etude_diabiete_vdef.pdf

HOLSTEIN (J.), FARGE (D.), TARIGHT (N.), TRINQUART (L.), MANAC'H (D.), BASTIANIC (T.), CHATELLIER (G.)
Lien précarité - durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour.
REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE
2009/06
Vol : 57 N° : 3 :
Pages : 205-211, rés., tabl.
Plusieurs études ont mis en évidence l'existence d'un lien entre situations de précarité, durée de séjour et coûts de l'hospitalisation. Or, actuellement, les situations de précarité ne sont pas prises en compte par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Notre objectif était donc d'extraire des indicateurs de précarité disponibles en routine dans le système d'information hospitalier et d'évaluer leur relation avec la complexité médicale et la durée des séjours. Méthode : Nous avons croisé les données 2007 du PMSI du secteur de court séjour des patients de plus de 16 ans de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris avec des données administratives reflétant un état de précarité : couverture maladie universelle de base et complémentaire, aide médicale d'état, aide médicale d'état - soins urgents et absence de domicile fixe. Nous avons comparé la durée des séjours associés à un indicateur de précarité à celle des autres séjours, après ajustement sur la pathologie, l'âge et le sexe des patients. Résultats : Parmi 352721 séjours, la prévalence des indicateurs de précarité variait de 0,71% pour "sans domicile fixe" à 6,24% pour "couverture maladie universelle complémentaire". Les séjours associés à un indicateur de précarité étaient caractérisés par des pathologies spécifiques et par un taux plus élevé de comorbidités ou complications associées. Après ajustement, la durée moyenne des séjours associés à un indicateur de précarité était majorée par rapport à celle de la population globale, de 5% pour l'indicateur "couverture maladie universelle" à 48% pour l'indicateur "aide médicale d'état -

soins urgents". Conclusion : L'extraction en routine d'indicateurs de situations de précarité depuis les systèmes d'information hospitaliers est faisable. À pathologie égale, ces indicateurs sont associés à des situations médicales plus complexes et à des durées de séjour majorées. Il importe d'introduire la prise en compte des situations de précarité dans le modèle de tarification à l'activité.

MOUQUET (Marie-Claude), OBERLIN (Philippe)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010,2020,2030.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2008/08
N° : 654 : Pages : 8p., tabl., graph.
L'analyse des hospitalisations en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique (MCO) des années récentes révèle que le nombre de journées a baissé entre 1998 et 2004. Pourtant, la prise en compte de la seule évolution démographique observée durant cette période aurait conduit à son augmentation. L'étude prospective indique qu'il existe des marges d'action importantes. Le vieillissement de la population ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière en MCO, même si les patients âgés les plus fragiles nécessiteront toujours une prise en charge par des structures hospitalières lourdes.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er654.pdf

MOUQUET (M.C.), OBERLIN (P.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030.
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2008
N° : 4
Pages : 119p., tabl., ann.
Le vieillissement de la population française entraînera-t-il une augmentation du recours aux soins et notamment à l'hôpital ? Doit-on craindre un blocage de l'ensemble du système hospitalier si des changements d'organisation et de pratiques n'intervenaient pas ? Afin d'évaluer l'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030, la DREES, à la demande de la DHOS, a réuni en 2007 un groupe d'experts des disciplines les plus concernées par la prise en charge des personnes âgées. Ce groupe a étudié trois scénarios d'évolution possibles. L'analyse rétrospective comme prospective montre qu'il existe des marges d'action importantes et que le vieillissement de la population ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière en MCO. Cependant, les patients âgés les plus fragiles nécessiteront toujours un recours à des structures hospitalières lourdes similaires à celles qui assurent les soins aigus aujourd'hui. Enfin, certaines questions demeurent comme par exemple la poursuite de la progression actuelle de l'espérance de vie en bonne santé. Le concept consensuel qu'il existe une limite à la durée de la vie modèrera naturellement l'intensification dans les soins aux plus âgés.
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/article200804.pdf

LECARPENTIER (Yves), HEBERT (Jean-Louis), AOUBA (Albertine), et al.
Les maladies cardiaques : état des lieux.
Prise en charge des maladies cardiaques.
ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2008/06
N° : 63
Pages : 22-41, tabl.
Avec près de 150 000 décès par an, les maladies de l'appareil cardio-circulatoire sont la deuxième cause de mortalité en France après les cancers. Elles suscitent un nombre

important d'hospitalisations : 8,8% de l'ensemble des séjours. Après une présentation des classifications des maladies cardiaques ce dossier examine la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en 2005 et évolution depuis 1980.

RICHARD (C.) , THELOT (B.)
Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint Maurice. FRA
Description et incidence des recours aux urgences pour accidents de sport, en France. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante 2004-2005.
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE
2008/09/02
N° : 33
Pages : 293-295, fig., tabl.
La pratique d'une activité physique et sportive (APS) régulière est encouragée, mais les études sur les accidents qui en résultent sont rares. Les données 2004 et 2005 de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac) ont été analysées afin de décrire les traumatismes survenus en APS. Epac est un recueil exhaustif et permanent des accidents de la vie courante, reçus aux urgences d'une dizaine d'hôpitaux en France.Le taux d'incidence des accidents d'APS a été estimé à 15,1 pour 1 000 personnes, 22,0 pour 1 000 hommes et 8,6 pour 1 000 femmes, soit plus de 900 000 accidents chaque année en France. Les plus nombreux (43 %) sont les accidents de sport d'équipe, en particulier de football chez les hommes (70 %). Les activités identifiées comme les plus dangereuses sont les sports d'hiver et l'équitation, avec de nombreuses fractures (29 % pour chaque) et un taux d'hospitalisations important (16 % et 17 % respectivement). L'analyse d'Epac a permis de décrire les accidents d'APS et de montrer qu'ils étaient nombreux et parfois graves. Des études spécifiques par type de sport et le chiffrage du nombre de décès et de porteurs de séquelles graves restent à mener. (résumé d'auteur).
http://www.invs.sante.fr/beh/2008/33/beh_33_2008.pdf

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA
Infarctus du myocarde : une prise en charge satisfaisante des malades pendant et après leur hospitalisation.
Paris : CNAMTS
POINT D'INFORMATION (CNAMTS)
2009/04/28
Pages : 1-10
Les maladies cardio-vasculaires représentent la seconde cause de mortalité en France. L'infarctus du myocarde concerne chaque année des dizaines de milliers de personnes. Néanmoins, la France bénéficie à la fois d'un taux d'infarctus du myocarde parmi les plus bas en Europe, avec une baisse régulière de celui-ci. D'un point de vue économique, la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires en ALD représente près de 17 milliards d'euros de remboursements chaque année, avec une croissance supérieure à 7% par an au cours des dernières années. Face à cet enjeu à la fois sanitaire et économique, l'Assurance Maladie a conduit une étude inédite sur la trajectoire de soins des personnes victimes d'infarctus, à la fois lors de leur séjour à l'hôpital mais aussi en aval, lorsqu'elles sont soignées en médecine de ville.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_infarctus_vdef.pdf

JOSSERAN (L.), ROTTNER (J.), BRUN-NEY (D.), CAILLERE (N.)
Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint Maurice. FRA, Centre Hospitalier. Mulhouse. FRA, Assistance Publique Hôpitaux de Paris. (A.P.H.P.). Centre régional de veille et d'alerte des urgences. Paris. FRA
Impact de la vague de chaleur de l'été 2006 sur l'activité des services d'urgences en France.

Numéro thématique. Été 2006 : premier épisode caniculaire majeur après la catastrophe de 2003.
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE
2007/06/05
N° : 22-23
Pages : 197-200, tabl., stat., graph.
[BDSP. Notice produite par ORSMIP R0xf1nSj. Diffusion soumise à autorisation]. Les conséquences sanitaires des vagues de chaleur sont souvent importantes. Des plans de prévention sont développés pour en réduire les effets mais aussi performant soient-ils, ils ne parviendront pas en éliminer toutes les conséquences. Ce travail porte sur la comparaison de différentes pathologies et groupes d'âges entre la période d'alerte canicule et hors alerte de l'été 2006 sur la base de données d'activité de 49 services d'urgences en France. Les données utilisées sont adressées quotidiennement par les services des urgences à l'InVS par Internet en FTP (File Transfer Protocol). Différentes variables sont collectées comme l'âge, le diagnostic médical codé en CIM 10 ou l'orientation après le passage. La comparaison des moyennes quotidiennes des différentes variables et pour les différents groupes d'âges des deux périodes est faite avec un test T de Student. On observe une augmentation significative des passages pour hyperthermies, malaises, déshydratations et hyponatrémies chez les personnes âgées. Le nombre de passages quotidiens n'augmente pas pour l'ensemble de la population mais il augmente significativement pour les personnes âgées. Ces premiers résultats montrent qu'il est nécessaire de poursuivre et d'adapter la prévention à la population la plus touchée par la chaleur. (R.A.).

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2003.
Paris : DREES
ETUDES ET RESULTATS
2005/11
N° : 444:
Pages : 12p., 4 graph., 6 tabl.
En 2003, près de 15 millions de séjours ont été enregistrés dans les unités de soins de courte durée de MCO, soit des taux d'hospitalisation de 265 pour 1 000 femmes et de 240 pour 1 000 hommes. Globalement, les femmes sont plus souvent hospitalisées que les hommes, en premier lieu, à cause de la maternité et, en second lieu, parce qu'elles sont plus nombreuses aux âges élevés. Le recours le plus important à l'hôpital concerne bien sûr les âges extrêmes. Les taux d'hospitalisation élevés pour les hommes à partir de 45 ans apparaissent en grande partie liés aux conséquences de comportements à risque (consommation excessive d'alcool et de tabac induisant des maladies digestives ou des cancers, accidents…). Pour les hommes comme pour les femmes, ce sont les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention, d'une part, et les maladies de l'appareil digestif, d'autre part, qui motivent le plus grand nombre de séjours. Pour les enfants de moins de 15 ans, les maladies de l'appareil respiratoire prédominent. Pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, ce sont principalement les maladies de l'appareil circulatoire qui sont à l'origine des hospitalisations. Entre 1998 et 2003, le taux d'hospitalisation des enfants a diminué tandis que celui des personnes âgées s'est, au contraire, accru. Sur la même période, le temps passé l'hôpital a, en moyenne, décru essentiellement en raison de l'augmentation des prises en charge en hospitalisation inférieure à 24 heures.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er444/er444.pdf

AUDRIC (Sophie), BUISSON (Guillemette), HAURY (Brigitte)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la **Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA**
La spécialisation des établissements de santé en 2002.
ETUDES ET RESULTATS : N° 374 : : 2005/02 : 12p.

http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er374.pdf
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE hxOlOR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La spécialisation de l'activité des établissements de santé, en fonction de leur type de financement, se poursuit au cours des dernières années. Ainsi, en 2002, le secteur public accueille en médecine les deux tiers des séjours, notamment pour le traitement des affections neurologiques et pulmonaires et ne réalise qu'un peu moins du tiers de l'activité chirurgicale, mais une forte proportion des actes complexes. Il prend également en charge 64% de l'activité d'obstétrique (grossesses à risque prises en charge en ambulatoire). Les cliniques privées sous objectif quantifié national (OQN) privilégient les séjours médicaux en hospitalisation partielle, - endoscopies sous anesthésie, actes médicaux les plus fréquents - ainsi qu'un peu plus de six séjours chirurgicaux sur dix réalisés en ambulatoire. Les établissements privés sous dotation globale (DG) sont notamment spécialisés, en médecine comme en chirurgie, dans le domaine du cancer. Enfin, le secteur public réalise la quasi-totalité des soins de long séjour tandis que les établissements privés se spécialisent dans la réadaptation fonctionnelle.

COLDEFY (M.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France.
Paris : DREES
ETUDES ET RESULTATS
2005/11
N° : 443:
Pages : 12p., 11 carte, 1 tabl.
La prise en charge de la santé mentale en France relève à la fois des secteurs libéral, hospitalier et médico-social. Au 1er janvier 2004, la France compte près de 14 000 psychiatres en exercice (libéraux ou salariés), soit 22 psychiatres pour 100 000 habitants. Le secteur hospitalier propose 59 625 lits d'hospitalisation complète et 26 418 places en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, soit 140 lits ou places pour 100 000 habitants. Le secteur médico-social participe lui aussi à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, en leur proposant un accompagnement au quotidien. Cette étude présente les disparités départementales de ces différents segments de la prise en charge et tente de les synthétiser à travers la construction d'une typologie des départements. Quatre configurations des modes de prise en charge de la maladie mentale à l'échelle départementale sont ainsi mises en évidence selon l'importance et la nature des différents segments de l'offre proposée.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er443/er443.pdf

OBERLIN (P.), MOUQUET (M.C.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
La chirurgie de l'obésité en France de 1997 à 2003.
ETUDES ET RESULTATS
2005/07
N° : 410:
Pages : 12p., 6 graph., 2 tabl., 1 carte
Les interventions chirurgicales destinées à traiter les grands obèses se sont développées de manière très rapide en France depuis une dizaine d'années. Ce sont de jeunes adultes et surtout des femmes qui ont recours à ce type de traitement. L'augmentation des taux de recours à cette chirurgie a été plus rapide que celle de la prévalence de l'obésité dans l'ensemble de la population. Ces interventions sont majoritairement réalisées dans les établissements du secteur privé sous OQN. Toutefois, cette activité reste souvent réalisée de façon sporadique dans les établissements, les trois quarts d'entre eux ayant effectué moins de trente interventions dans l'année. Le développement de cette chirurgie s'est fait de

manière hétérogène selon les régions. Les régions Provence- Alpes-Côte-d'Azur et Rhône-Alpes ont été pionnières, avec pour cette dernière un effet d'attraction à l'ensemble de la France. Depuis 2000, l'activité est également importante en Île-de-France, qui a acquis, elle aussi, une forte attractivité. En 2003, il n'existe toutefois pas de lien entre le recours à ce type de chirurgie et la prévalence régionale de l'obésité. Ainsi, dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, le taux de recours à la chirurgie de l'obésité est supérieur à la moyenne nationale (+ 109 %), pour une prévalence inférieure de l'obésité (- 27 %). C'est l'inverse dans la région Nord-Pas-de-Calais (avec respectivement -40 et +16%).

ERARD (C.), LAMARSALLE (L.), COTTE (C.), BEILLAT (M.), SOLESSE DE GENDRE (A.)
Évaluation économique de la prise en charge hospitalière d'événements cardiovasculaires à partir du PMSI.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2005/09
Vol : 23 N° : 5
Pages : 251-266, rés., tabl.
[BDSP. Notice produite par ORSRA oeW4R0xp. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : obtenir, à partir du PMSI, une estimation des effectifs et des prix/coûts 2002 des prises en charge hospitalières privées et publiques d'événements cardiovasculaires. Des bases de données agrégées (anonymisées) ont été utilisées : bases PMSI privée et publique du BAQIMEHP et base de l'ENC 2004 du secteur public. Les GHM correspondant aux événements cardiovasculaires à valoriser ont été déterminés à partir des actes médicaux classants (CdAM) liés à la prise en charge et/ou à partir des diagnostics principaux (CIM 10). Les effectifs ont ainsi été estimés. Les GHM les plus représentatifs des événements cardiovasculaires ont été sélectionnés. Les prix/coûts associés à ces derniers ont fait l'objet d'une moyenne pondérée par les effectifs afin d'obtenir le prix/coût moyen de prise en charge. (résumé d'auteur).

VALLET (O.), VILLEMINOT (S.), GASQUET (I.), FALISSARD (B.)
Hôpital Paul Brousse. Département de santé publique. Villejuif. FRA, Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA / com.
Élaboration d'un outil de mesure de la mortalité post hospitalière. Tome 1 : Étude de faisabilité. Tome 2.
SERIE ETUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2004/01
N° : 40
Pages : 2vol. (74 ; 52p.), tabl., graph., ann.
[BDSP. Notice produite par ORSRA sR0x2kJK. Diffusion soumise à autorisation]. Un travail est mené actuellement par la DREES pour réfléchir à l'élaboration de nouveaux indicateurs permettant d'évaluer et de comparer les performances du système de santé français. Parmi les indicateurs de résultat, le décès constitue un événement objectif majeur dont la prise en compte dans l'évaluation des prises en charge, notamment hospitalières, parait incontournable. Ce travail envisage la mise en place en France d'un système d'information permettant d'apparier une base de morbidité hospitalière à une base de mortalité, compte-tenu des contraintes réglementaires et techniques en vigueur. Le premier tome présente les résultats d'une recherche documentaire sur les systèmes d'anonymisation et de chaînage développés en France et à l'étranger, et sur l'intérêt et les limites de l'indicateur "mortalité post-hospitalière" utilisé par plusieurs pays étrangers. Le second tome explore comment en pratique pourrait être mis en place un système d'information mettant à disposition la mortalité post-hospitalière.

CONG (H.Q.), NADAL (J.M.), HAURY (B.)
Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées. Direction de l'hospitalisation. Paris. FRA

L'activité chirurgicale pour cancer de la prostate dans le PMSI, France, 1998.
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE
2003/04/01
Vol : N° : 14
Pages : 79-80, graph.
[BDSP. Notice produite par ORSRA NR0xmTKQ. Diffusion soumise à autorisation]. Dans le cadre d'une approche exploratoire de l'activité chirurgicale du cancer de la prostate, une étude des données de la base PMSI a été réalisée sur l'année 1998. Elle avait pour objectifs de : - connaître le nombre et les caractéristiques des séjours en hospitalisation complète motivés par une intervention chirurgicale pour cancer de la prostate, - déterminer l'activité des établissements selon les régions, - apprécier les lieux de soins en fonction du domicile des patients.

PERES (K.), RAINFRAY (M.), PERRIE (N.), EMERIAU (J.P.), CHENE (G.), BARBERGER-GATEAU **(P.)**
Incidence, facteurs de risque et adéquation des réhospitalisations à court terme de personnes âgées.
REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE
2002/04
Vol : 50 N° : 2
Pages : 109-119, tabl.
[BDSP. Notice produite par MRPS 4R0x2ZpQ. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude avait pour objectifs d'estimer l'incidence des réhospitalisations à un mois, d'identifier la proportion de réhospitalisations programmées et la part de celles jugées évitables, et de déterminer les facteurs de risque de réadmission des personnes âgées.

DOISNEAU (L.)
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA
Une femme accouche en moyenne à 14 kilomètres de son domicile.
INSEE PREMIERE
2003/06
Vol : N° : 903
Pages : 4p., 3 tabl., 2 graph., 1 carte
En France, la quasi-totalité des naissances a lieu dans 520 communes, qui disposent d'un ou plusieurs établissements spécialisés, maternités, hôpitaux, etc. Une mère sur trois accouche dans sa commune de domicile, et trois sur quatre à moins de 15 kilomètres. En moyenne, une femme accouche à 14 kilomètres de son domicile. Les mères résidant dans une agglomération possédant une maternité accouchent à 9 kilomètres en moyenne, contre 23 kilomètres sinon. Les accouchements hors maternité, peu nombreux, concernent plus souvent les mères jeunes ou habitant en zone rurale. Un enfant sur quatre naît dans la commune où sa mère est elle-même née ; si les deux parents sont nés dans la même commune, leur enfant y naît également presque une fois sur deux (résumé d'auteur).
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip903.pdf

OBERLIN (P.), MOUQUET (M.C.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Les interventions de chirurgie fonctionnelle : une activité programmée importante mais hétérogène.
ETUDES ET RESULTATS
2002/10
N° : 194
Pages : 12p., 2 graph., 6 tabl., carte
Les interventions de chirurgie fonctionnelle ont pour but de corriger un état physique qui s'altère progressivement, entraînant une gêne fonctionnelle croissante. Cette chirurgie

s'adresse essentiellement à des adultes, parfois très âgés. Parmi ces interventions, cette étude en a sélectionné certaines, fréquentes et relatives à plusieurs domaines de la pathologie : les interventions pour adénomes de la prostate, cataractes, hernies de l'aine, hémorroïdes, troubles de la statique pelvienne, syndromes du canal carpien, varices et les arthroplasties de hanche et de genou. Cela représente plus d'un million de séjours en 1999, soit le quart des séjours chirurgicaux des personnes de 15 ans ou plus. L'augmentation est de 31 % par rapport à 1993, alors que l'activité hospitalière de court séjour n'a progressé que de 11 % dans le même temps. Les différences régionales des taux de recours sont importantes jusqu'à s'écarter de plus de 40 % de la valeur nationale. Elles varient selon les pathologies et s'accompagnent de différences de pratiques, comme un recours plus ou moins important à la chirurgie ambulatoire ou l'utilisation de techniques différentes. Lorsque la pathologie le permet, la fréquence de la chirurgie ambulatoire augmente, de même que les séjours de très courte durée. Les établissements privés occupent une position dominante dans ce type d'interventions (résumé d'auteur).
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er194.pdf

TELLIER (S.), PERETTI (C. de), BOISGUERIN (B.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ?
Paris : DREES
ETUDES ET RESULTATS
2002/04
Vol : N° : 167
Pages : 12p., 5 tabl., 11 graph.
Qui sont les usagers des consultations externes ? Pourquoi consultent-ils à l'hôpital ? Comment perçoivent-ils le déroulement de la consultation ? Ce document propose les résultats d'une enquête menée en novembre 2000 auprès d'un échantillon représentatif national qui permet, pour la première fois de répondre à ces questions.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er167.pdf

GADEL (G.), GUILMIN (A.), THOMPSON (E.), MOUQUET (M.C.), BURETTE (M.A.), DESMOULIERES (A.), GAUTIER (D.), DE LA CHAPELLE (B.), MERTANI (C.), HAURY (B.), L'HELGOUALC'H (M.C.), MIGEVANT (E.), NADAL (J.M.), TAVE-JEANNIN (M.), TOUSSAINT (G.), et al.
L'hospitalisation en France. Le secteur hospitalier. Les équipements et les activités de l'hôpital. Les personnels hospitaliers. Les aspects financiers. Données internationales. Données et chiffres repères. Edition 2000.
INFORMATIONS HOSPITALIERES
2000/03
N° : 53
Pages : 142p., tabl., graph.
[BDSP. Notice produite par ENSP R0x4nAmv. Diffusion soumise à autorisation]. L'édition 2000 de l' "Hospitalisation en France" présente, comme tous les deux ans, les chiffres les plus récents qui caractérisent le système hospitalier français. Il s'agit d'un recueil de statistiques présentées d'une manière générale au niveau national, et par région pour quelques données concernant en particulier les équipements ou les activités autorisés. Ce document utilise de nombreuses sources relatives aux établissements hospitaliers, et notamment les deux principales : le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) et la Statistique Annuelle des Etablissements de Santé (SAE). Cette nouvelle édition a été enrichie d'informations telles que la description des sources principales d'informations utilisées, avec leurs définitions et leurs références électroniques et bibliographiques. A été adopté de façon systématique dans tout le document, une présentation des données selon le secteur, public ou privé, et quand cela était possible, une décomposition entre établissements publics de santé et établissements privés sous dotation globale. Elle utilise

des sources provenant de la direction des hôpitaux encore inexploitées dans cette publication telles que le PMSI, le bilan de la carte sanitaire, l'enquête dite SPE auprès des personnel de la fonction publique hospitalière et les remontées du bilan social des établissements publics de santé. (...).

BUSSIERE (E.)
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Principaux indicateurs issus des certificats de santé.
Paris : DREES
SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2000/12
Vol : N° : 17
Pages : 47p., tabl., carte
[BDSP. Notice produite par ORSRA OVjR0xva. Diffusion soumise à autorisation]. Cette enquête nationale permet de recueillir au niveau des départements des données issues de l'exploitation des trois certificats de santé établis pour chaque enfant au huitième jour, durant le 8ème et le 24ème mois. Il s'agit d'indicateurs de nature médicale (consultations prénatales, poids de naissance, âge gestationnel, césariennes, transferts, allaitement maternel, fente labio-palatine, hospitalisation de l'enfant, aberrations chromosomiques, mucoviscidose, luxation de la hanche, couverture vaccinale) et démographiques (âge de la mère). Pour les principaux indicateurs, les données sont communiquées par département pour l'année 1998 lorsque l'information est disponible. L'ensemble des indicateurs sont présentés pour la France de 1992 à 1998.

CHANTELOUP (M.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Service des Statistiques des Etudes et des Systèmes d'Information. (S.E.S.I.). Paris. FRA
Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) exercice 1995. Fiches de synthèse par entité juridique, CHR et principaux établissements publics.
DOCUMENTS STATISTIQUES (SESI)
1998/03
Vol : N° : 299
Pages : 233p., tabl.
[BDSP. Notice produite par ORS-RA x31JR0x5. Diffusion soumise à autorisation]. La Statistique Annuelle des Etablissements (SAE) constitue l'enquête commune à tous les établissements de santé publics et privés de France. Ce fascicule présente les résultats de l'enquête SAE pour l'année 1995 par entité juridique, CHR et principaux établissements publics : données sur l'équipement et l'activité des établissements de santé (lits et places installés, entrées, journées, séances, interventions, équipements lourds, activités soumises à autorisation), et données sur les personnels médicaux et non médicaux.

Ministère chargé de la Santé
L'hospitalisation en France : données et chiffres repères 1998.
INFORMATIONS HOSPITALIERES
1998
N° : 49
Pages : 95 p.

GADEL (G.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Service des **Statistiques - des Etudes et des Systèmes d'Information. (S.E.S.I.). Paris. FRA**
L'offre de soins dans les établissements de santé en 1995.
INFORMATIONS RAPIDES
1998/02

N° : 95
Pages : 8p., , tabl., graph.
Basé sur les résultats de l'enquête SAE (Statistiques des Etablissements de Santé) réalisée par le Sesi, ce fascicule présente les principaux indicateurs de gestion hospitalière pour les établissements hospitaliers français en 1996 : activité, durée de séjour, nombre de lits, hospitalisation partielle, appareils et équipements, etc. On y trouve des informations sur les principales pathologies traitées à l'hôpital : accouchement, greffe, dialyse, interventions chirurgicales.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er95.pdf

La qualité des soins : performance, efficience, satisfaction des usagers, accréditation

Ouvrages, rapports, working papers

Programme d'actions communes HAS-ANAP. Axe 5 : indicateurs, suivi et évaluation. « Développement d'indicateurs de processus et de résultats pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité d'éléments clés du parcours du patient en chirurgie ambulatoire ».
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRAC, en ligne
Saint-Denis : HAS, 2015
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2022569/fr/developpement-dindicateurs-de-processus-et-de-resultats-pour-evaluer-le-parcours-du-patient-en-chirurgie-ambulatoire-note-de-cadrage
En décembre 2010, la DGOS et la HAS collaborent pour le développement d'indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) en établissements de santé issus de projets de recherche (COMPAQ, CLARTE). La HAS reprend l'ensemble des opérations dans le cadre d'une maitrise d'ouvrage partagée. Dans ce cadre, le développement des IQSS, fondés sur l'analyse du parcours du patient –avant-pendant-après- permet, dans une approche intégrée, d'accompagner le déploiement sécurisé de la chirurgie ambulatoire. L'objectif pour la HAS est de proposer un tableau de bord d'IQSS de processus et de résultats qui mesure, dans le cadre d'une démarche d'amélioration fondée sur les indicateurs, la qualité et la sécurité du parcours du patient en chirurgie ambulatoire sur des points critiques de sa prise en charge. Ce tableau de bord d'indicateurs qualité et sécurité des soins comprendra :Un set d'indicateurs de processus, optimisant des points clés du processus de prise en charge des patients, y compris l'information sur le suivi recommandé après la sortie, des indicateurs mesurant le résultat pour le patient en termes de chirurgie ambulatoire, de réduction des événements indésirables évitables : tels que les conversions en hospitalisation complète et les réadmissions en urgence.

Surveillance des infections nosocomiales en réanimation adulte. Réseau REA-Raisin, France, Résultats 2013.
SAVEY (A.),MACHUT (A.)
C, en ligne
Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2015
[BDSP. Notice produite par InVS 99F8R0xl. Diffusion soumise à autorisation]. La surveillance des infections nosocomiales (IN) est prioritaire en réanimation, secteur à haut risque du fait de l'état critique des patients et de leur exposition aux dispositifs invasifs. Depuis 2004, la surveillance nationale REA-Raisin, coordonnée par le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des IN (Raisin), cible en réanimation adulte les infections associées à un dispositif invasif pour lesquelles une démarche de prévention est essentielle : pneumonie (PNE), colonisation ou infection ou bactériémie (COL/ILC/BLC) liée au cathéter veineux central (CVC) et bactériémie (BAC). Chaque année, les services volontaires

recueillent pendant 6 mois les données concernant tout patient hospitalisé plus de 2 jours (j). De janvier à juin 2013,213 services ont inclus 34 278 patients (âge moyen : 63,9 ans), hospitalisés en moyenne 11,7 j et dont 69,0% relèvent à l'admission de la médecine, 18,3% de chirurgie urgente et 12,6% de chirurgie réglée ; 7,7% des patients sont traumatisés, 15,6% immunodéprimés et 58,5% ont reçu un traitement antibiotique à l'admission. Le score IGS II moyen est de 45,7 et la mortalité intra-service de 18,5%. L'exposition à un dispositif invasif est fréquente : intubation (67,2%), CVC (61,2%) et sonde urinaire (88,0%). Parmi les 34 278 patients, 10,5% ont présenté au moins une infection. Les micro-organismes les plus fréquemment isolés sont P. aeruginosa (15,5%), S. aureus (12,2%), E. coli (9,1%). Depuis 2004, la résistance aux antibiotiques diminue pour les souches de S. aureus (20,4% SARM en 2013) tandis qu'elle augmente parmi les souches d'entérobactéries (19,8% de souches productrices de BLSE et 1,6% I/R à l'imipenème). Les taux d'incidence sont de 13,00 PNE pour 1000 j-intubation, 3,22 BAC pour 1000 j d'hospitalisation, 0,78 ILC et 0,61 BLC pour 1 000 j-CVC. Ces taux varient fortement d'un service à l'autre en lien avec les caractéristiques des patients. Au cours des cinq dernières années (2009 à 2013) sur l'ensemble du réseau, certains facteurs de risque augmentent (âge, IGS II, antibiotiques à l'entrée, immunodépression, plus de patients en médecine et moins en chirurgie réglée), alors que l'exposition aux dispositifs invasifs diminue (ratio d'exposition pour intubation, CVC et sondage urinaire) et l'on observe une diminution significative de tous les taux d'incidence pour 1 000 j d'exposition : PNE (-14,5%), BAC (-9,8%), BLC (-32,2%) et ILC (-29,7%). L'analyse multivariée confirme la baisse significative en 2013 des PNE liées à l'intubation (OR ajusté : 0,81 ; IC95 : 0,76-0,87) et des BLC (OR ajusté à 0,69 ; IC95 : 0,54-0,86). Avec une participation s'élevant à 47,2% des lits de réanimation de France, les données de REA-Raisin constituent une référence nationale pour mieux connaître les IN en réanimation et permettre aux services participants de se comparer, d'évaluer et orienter leurs actions de prévention.

La participation des usagers au fonctionnement des établissements et services. Recueil des pratiques et participation des acteurs : rapport et synthèse.
Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux. (A.N.E.S.M.). Saint-Denis. FRA
En ligne
Saint-Denis : ANESM, 2014/09
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_d_enquete_Participation_des_usagers_Septembre2014_.pdf - http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-ENQUETES-CVS-Septembre_2014.pdf
Menée auprès de 33 structures dans les domaines social et médico-social, cette étude qualitative détaille les pratiques professionnelles développées au sein des structures pour permettre la participation. Elle analyse le regard des professionnels et des usagers, qu'ils soient impliqués directement ou non dans les dispositifs de participation collectifs mis en œuvre.

Evaluation du Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.
Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris. FRAC, En ligne
Paris : HCSP, 2014/07
http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=457
La lutte contre les infections nosocomiales s'est considérablement développée depuis plus de trente ans en France. Le présent rapport rend compte de l'évaluation du programme national de prévention des infections nosocomiales (Propin) 2009-2013 réalisée par le HCSP en réponse aux saisines de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) de juin 2013 et de la Direction générale de la santé (DGS) de décembre 2013. Cette évaluation s'inscrit dans le cadre de la politique publique de lutte contre les infections associées aux soins (IAS) qui a élargi le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales (IN) au risque infectieux en milieu de soins. Bien que centrée sur les objectifs et les actions du Propin, cette évaluation

tient compte des autres programmes dans ses analyses de cohérence externe pour apprécier l'articulation du Propin avec le plan stratégique national de prévention des IAS et avec le plan antibiotiques 2011-2016. Cette évaluation s'appuie sur une étude ad hoc réalisée auprès d'établissements de santé et d'institutions régionales visant à explorer les effets du programme du point de vue des professionnels, des administrations et des usagers, ainsi que les modalités de mise en œuvre opérationnelle des mesures. Cette étude a été menée dans trois régions : Ile-de-France, Aquitaine et Franche-Comté auprès d'un échantillon de trente établissements sanitaires et médico-sociaux (publics et privés) et des institutions (ARS, ARLIN, CIRE) de ces régions (résumé de l'éditeur)

Infections associées aux soins : auditions sur les indicateurs de résultats à visée de diffusion publique.
Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris. FRA
En ligne
Paris : HCSP, 2014/04
http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=430
Afin d'améliorer l'information du public sur la performance des établissements de santé dans la lutte contre les infections nosocomiales, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) avait sélectionné début 2012 dans un rapport précédent cinq indicateurs, ciblés sur les résultats, susceptibles de faire partie d'un tableau de bord annuel des établissements de santé en complément des indicateurs existants.
Ces indicateurs, considérés comme les plus appropriés par les experts, étaient les suivants : Chirurgie prothétique de hanche ou de genou pour les patients considérés comme à risque faible (NNIS-0) ; Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation ; Bactériémies liées aux CVC chez les nouveau-nés ; Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM) ; Proportion de soignants vaccinés contre la grippe. Le travail des experts a été complété par l'audition de différents acteurs et potentiels utilisateurs de ces indicateurs. Le présent rapport, qui fait suite à une saisine de la Direction générale de l'offre de soins du 26 août 2013, établit une synthèse de ces auditions. Aucun des indicateurs n'a été considéré comme ne pouvant pas faire l'objet d'une diffusion publique, cependant des divergences sont apparues entre les différents indicateurs étudiés.

Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements d'hospitalisation à domicile (HAD), France, mai-juin 2012. Résultats.
Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales de Paris-Nord. (C.C.L.I.N.). Paris. FRA
C, en ligne
Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2014
http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2015/Enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissements-d-hospitalisation-a-domicile-HAD-France-mai-juin-2012
[BDSP. Notice produite par InVS 89R0xBBD. Diffusion soumise à autorisation]. En mai et juin 2012, l'enquête nationale de prévalence (ENP) des infections nosocomiales (IN) et des traitements anti-infectieux en hospitalisation à domicile (HAD) a inclus 179 HAD et 5 954 patients ; 55,3% des HAD du secteur public, 35,2% du secteur privé, 9,5% du secteur privé d'intérêt collectif et respectivement 36,8%, 45,6% et 17,6% des patients. Les HAD "services" rattachées à un établissement de santé représentaient 65,4% des HAD participantes et ont contribué à 40% des patients inclus dans l'enquête. Au total 403 patients (6,8%) avaient une ou plusieurs IN active (s) et 906 (15,2%) étaient traités par au moins un anti-infectieux dont 97% traités par au moins 1 antibiotique. Un peu plus de la moitié des IN (56%) était importée d'un autre établissement et 35,5% acquises en HAD. Les principales caractéristiques et exposition à certains facteurs de risques infectieux retrouvées étaient un âge>=65 ans (58,1%), un score de Mac Cabe de 1 ou 2 (49%), une immunodépression (25,4%), un cancer

évolutif (33,7%) ; 41,9% des patients étaient porteurs d'au moins un dispositif invasif : cathéter vasculaire (31,5%, dont 19% de chambre à cathéter implantable et 2,7% de cathéter central à insertion périphérique), sonde urinaire (12,9%), intubation/trachéotomie (3,5%). Quatre sites infectieux représentaient environ 3 IN sur 4 : infection urinaire (26,9%), infection de la peau/tissus mous (17,6%), infection du site opératoire (15%) et infection respiratoire (13,5%). Les trois micro-organismes les plus fréquents étaient Staphylococcus aureus (part relative 20,7%) Escherichia coli (20,1%) et Pseudomonas aeruginosa (11,1%). Les résistances étaient respectivement de 28,1% à la méticilline pour S. aureus, 21,7% et 34,8% aux céphalosporines de 3e génération (C3G) pour E. coli et P. aeruginosa, respectivement. Deux familles d'antibiotiques représentaient plus de 60% des molécules prescrites : les béta-lactamines (46,1%), en majorité pénicillines et C3G (respectivement 25,0% et 16,0%), et les fluoroquinolones (16,8%). Par contexte de prescription, les patients étaient traités pour infection communautaire (40%) ou pour IN (38%), plus rarement pour antibioprophylaxie médicale ; la voie orale (61,3%) était la voie d'administration la plus utilisée pour les antibiotiques ; le motif principal de prescription était tracé dans le dossier du patient dans 84,1% des cas. L'ENP 2012 a permis de mettre en évidence l'importance de la mobilisation des HAD autour d'un projet de surveillance des IN et des consommations d'anti-infectieux. La participation de ces établissements apporte, pour la première fois, des données de référence utiles pour adapter et orienter les programmes de lutte contre les IN au niveau national, voire local, et renforcer les actions pour le bon usage des antibiotiques.

Surveillance des bactéries multirésistantes dans les établissements de santé français. Données 2012.
ARNAUD (I.),JARLIER (V.)
C, en ligne
Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2014
http://www.invs.sante.fr/content/download/89269/326905/version/2/file/rapport_surveillance_bacteries_multiresistantes_etablissements_sante_francais_2012.pdf
[BDSP. Notice produite par InVS mR0xo8lA. Diffusion soumise à autorisation]. La maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (BMR) dans les établissements de santé (ES) est une priorité du programme national de lutte contre les infections nosocomiales (IN). Depuis 2002, le Raisin coordonne une surveillance des Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM) et des entérobactéries productrices de béta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) isolés de prélèvement à visée diagnostique dans les ES français. En 2012,1 181 ES ont participé à la surveillance soit une augmentation de 147% depuis 2002. Pour les SARM, la densité d'incidence (DI) globale était de 0,35 pour 1000 JH et variait entre 0,28 et 0,45 selon l'inter-région. Elle était plus élevée en court séjour (0,46) et en réanimation (1,16) qu'en SSR-SLD (0,23). Depuis 2002, la DI des SARM a diminué de 44% globalement et de 54% en réanimation. Pour les EBLSE, la DI globale était de 0,53 pour 1000 JH, variant de 0,32 à 0,93 selon l'inter-région. Elle était deux fois plus élevée en court séjour (0,71) qu'en SSR-SLD (0,32). Depuis 2002, la DI des EBLSE a augmenté de 309% et la proportion de l'espèce Escherichia coli au sein des EBLSE a augmenté de 19 à 59%. La diminution de l'incidence des SARM suggère un impact positif des actions de prévention instituées dans les services participants au réseau. Enfin, l'augmentation de l'incidence des EBLSE, en particulier des E. coli, est préoccupante et peut servir de réservoir potentiel pour l'émergence de nouvelles souches résistantes aux carbapénèmes. (R.A.).

Surveillance des infections du site opératoire France, 2012. Résultats.
PERENNEC (M.),JARNO (P.)
C, en ligne
Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2014
http://www.invs.sante.fr/content/download/90479/330195/version/2/file/rapport_surveillance_infections_site_operatoire_france_2012.pdf
[BDSP. Notice produite par InVS mBR0xm7s. Diffusion soumise à autorisation]. La réduction d'incidence des infections du site opératoire (ISO) est l'un des objectifs du programme

national de lutte contre les infections nosocomiales (IN). Les surveillances interrégionales des ISO sont coordonnées par le réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin) depuis 2001. Chaque année, les services de chirurgie volontaires recueillent des informations concernant le patient et son intervention. Tous les patients inclus sont suivis jusqu'au 30e jour postopératoire. Les ISO (incision superficielle ou profonde, organe/espace) sont définies selon les critères standard usuels. En 2012,1 006 services dans 407 établissements ont inclus 105 069 interventions chirurgicales sur 6 mois dont plus des 2/3 concernaient la chirurgie viscérale (31,7%), l'orthopédie (27,1%), et la gynécologie-obstétrique (24,0%). Le taux d'incidence des ISO était compris entre 0,23% pour la chirurgie vasculaire et 3,29% pour la chirurgie urologique, soit un taux brut de 1,36% (1 429 ISO, tous types d'interventions confondues) : plus des 2/3 des ISO concernaient des interventions en chirurgie viscérale (43,2%) ou en gynécologie-obstétrique (27,2%). De 2008 à 2012, un ralentissement de la baisse de l'incidence des ISO est confirmé ainsi qu'une augmentation en 2012 pour certains groupes d'interventions prioritaires, notamment pour les prothèses totales de hanche (+35%). En revanche, l'incidence a diminué pour les césariennes (-11%). Le ralentissement de la baisse de l'incidence des ISO observée en 2012 suggère que l'on approche de valeurs seuils, ce qui explique en partie le fait que les objectifs quantifiés nationaux ne soient pas atteints. (R.A.).

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A.
OR (Z.) , BONASTRE (J.) , JOURNEAU (F.) , NESTRIGUE (C.)
DT56
Paris : Irdes, 2013/04
http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT56SoinsHospitaliersT2A.pdf
La tarification à l'activité (T2A), introduite en 2004-2005 pour financer l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés, avait pour but d'améliorer l'efficience des établissements de santé et du secteur hospitalier. Or le suivi de l'impact de la T2A sur l'évolution de l'activité et de la productivité hospitalière reste à ce jour partiel. Cette étude fournit de nouvelles données et analyses quantitatives permettant d'apprécier les effets de la réforme de la T2A sur l'activité, la productivité et la qualité des soins hospitaliers. Au moyen d'une série d'indicateurs estimés annuellement sur la période 2002-2009, nous tentons de répondre aux questions suivantes : produit-on plus ou moins pour chaque euro dépensé pour l'hôpital depuis l?'ntroduction de la T2A ? La structure de la production a-t-elle été modifiée ? Comment la qualité des soins a-t-elle évolué ? (résumé d'auteur).

Univsersité de Nantes. Laboratoire d'Economie et de Management. Nantes Atlantique. (L.E.M.N.A.). Nantes. FRA
Réconcilier performance et valeurs à l'hôpital: une approche par les biens communs.
ANGELE-HALGAND (N.), GARROT (T.)
En ligne
Nantes : LEMMA, 2013
http://hal.archives-ouvertes.fr/view_by_stamp.php?&halsid=n13am0q0fl1tjtrv49tn6lvif2&label=LEMNA&langue=fr&action_todo=view&id=hal-00829936&version=1
Dans le champ des valeurs publiques, la santé apparaît un peu particulière. En effet, s'il est admis en France que la santé devrait bénéficier à tous, il se trouve que la valeur de cette dernière est propre à chaque individu. Comme le note Bozeman (2007) les valeurs privées sont simples à exprimer et n'ont pas besoin de légitimation alors que les valeurs publiques requièrent une agrégation fondée notamment sur des droits sociaux communs. Dans ce contexte, la production des services publics s'avère complexe et la création de valeur est difficilement mesurable avec la nécessité d'arbitrages souvent complexes : quand un établissement public cherche à satisfaire une partie des bénéficiaires, il crée bien souvent de l'insatisfaction pour une autre partie des usagers (Kelly J., 2005). Il y a donc au-delà de la recherche de la performance de l'organisation publique, qui consiste à assumer non

seulement la définition des besoins auxquels elle doit répondre, mais aussi à mettre en oeuvre le couple 'valeur-coût' jusque dans les plus fins rouages de son organisation (Lorino, 1999), à envisager la santé comme un élément dépassant la seule fonction de production des soins et à rechercher la meilleure performance du système de santé. La performance hospitalière est aujourd'hui une question brûlante car les réformes financières et organisationnelles véhiculées par le Nouveau Management Public viennent percuter les valeurs médicales et soignantes au coeur même de l'activité professionnelle. Cet aspect est notamment clairement mis en évidence par Francis Fellinger, président de la Conférence des présidents de commissions médicales d'établissement de centres hospitaliers de l'époque dans son audition par la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS) du Sénat, le 7 mars 2012 : " La T2A présente l'avantage d'obliger les établissements à examiner leurs coûts de production. Les responsables médicaux, à la différence sans doute des médecins de base, ont appris très vite, trop vite même, puisqu'ils ont parfois adopté des conduites d'opportunité et d'optimisation. Dans les centres hospitaliers, on raisonne désormais en termes médico-économiques, ce qui n'était pas du tout le cas il y a dix ans et rarement il y a cinq ans. Il n'y pas eu d'étude précise sur le sujet, mais une concurrence s'est établie entre pôles. " (Le Menn J. et Milon A. (2012), p. 206) La réforme de financement des établissements hospitaliers, dit de la T2A (tarification à l'activité) met au coeur du fonctionnement des services le contrôle de l'efficience, au sens où les résultats obtenus sont jaugés à l'aune des moyens employés pour les obtenir. Cette démarche est intégrée par les équipes de direction et se diffuse au sein de l'organisation par l'intermédiaire des équipes de pôle, au premier rang desquels se trouvent les " chefs de pôles ", les acteurs que Francis Fellinger désigne sous le vocable de " responsables médicaux ". Les pôles issus de la réforme de la " Nouvelle Gouvernance " (NG) conduisent à une restructuration de l'hôpital public sous forme de centres de responsabilité pour lesquels les données produites par la T2A permet un contrôle par les résultats avec tous les attributs techniques connus dans l'entreprise privée et directement transposés aux établissements de santé publics. Le chef de pôle, médecin hospitalier, voit sa responsabilité engagée sur la production d'un résultat comptable dans le centre dont il assume la direction. Chacun des centres étant soumis à la même démarche de comparaison entre pôles, des mises en concurrence tirent le médical vers l'économique remettant en cause du même coup des valeurs fondatrices du service public hospitalier. Commençant par une illustration approfondie des différents conflits existant entre la performance économique et les valeurs publiques dans les hôpitaux, nous proposons de reverser complètement le paradigme actuellement porté par la T2A et la NG en exploitant les travaux d'Elinor Ostrom (2010) sur les biens communs et leurs prolongements.

Quel est l'impact des décisions de la certification des établissements de santé ? Étude pilote sur les données de la certification.
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA
c, en ligne
Saint-Denis La Plaine : HAS, 2013
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1554666/fr/quel-est-limpact-des-decisions-de-la-certification-des-etablissements-de-sante-etude-pilote-sur-les-donnees-de-la-certification-fevrier-2013
[BDSP. Notice produite par HAS 9AmR0xCI. Diffusion soumise à autorisation]. Quel est l'impact des décisions de la certification des établissements de santé ? Résultats d'une étude pilote sur 4000 décisions et 600 établissements. Que deviennent les recommandations et les réserves de la certification des établissements de santé ? Les acteurs des établissements s'en emparent-ils ? Sont-elles suivies par les établissements et débouchent-elles sur des améliorations de l'organisation des établissements et de la prise en charge des patients ? L'étude pilote "impact des décisions de la certification" aborde la question des effets des décisions de la certification en s'appuyant sur les données de la certification. Cette étude propose de suivre le devenir sur 4 ans de 4 109 décisions (réserves et recommandations), issues des procédures de certification "V2".

La performance globale dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.
CLARGE (F.), GLESS (P.)
A4375
Bordeaux : Editions Hospitalières, 2012
http://www.leh.fr/edition/pratiques-professionnelles/la-performance-globale-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux-9782848743738.html
L'ouvrage démontre que la performance globale intégrée dans le management des établissements sanitaires et médico-sociaux est essentielle pour une gouvernance collective et responsable, facteur d'efficience pour tous. Il donne tous les outils pour mettre en oeuvre de manière pratique la performance globale dans son établissement. La première partie définit le concept de performance globale mais également les enjeux pour un établissement dans sa mise en oeuvre, comme un véritable outil de management. La seconde partie analyse l'existant dans le secteur de la santé et montre que, si la performance globale est encore peu présente dans le secteur de la santé, elle est centrale dans tous les textes et les évolutions actuelles visant la performance. La troisième partie de cet ouvrage propose un outil d'auto-diagnostic et définit de manière très concrète les actions à mettre en place dans un établissement pour atteindre un management responsable et performant (4e de couverture).

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA
Quel est l'impact des décisions de la certification des établissements de santé ? Étude pilote sur les données de la certification.
c, en ligne
Saint-Denis La Plaine : HAS, 2013
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1554666/fr/quel-est-limpact-des-decisions-de-la-certification-des-etablissements-de-sante-etude-pilote-sur-les-donnees-de-la-certification-fevrier-2013
[BDSP. Notice produite par HAS 9AmR0xCI. Diffusion soumise à autorisation]. Quel est l'impact des décisions de la certification des établissements de santé ? Résultats d'une étude pilote sur 4000 décisions et 600 établissements. Que deviennent les recommandations et les réserves de la certification des établissements de santé ? Les acteurs des établissements s'en emparent-ils ? Sont-elles suivies par les établissements et débouchent-elles sur des améliorations de l'organisation des établissements et de la prise en charge des patients ? L'étude pilote "impact des décisions de la certification" aborde la question des effets des décisions de la certification en s'appuyant sur les données de la certification. Cette étude propose de suivre le devenir sur 4 ans de 4 109 décisions (réserves et recommandations), issues des procédures de certification "V2".

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA**Indicateurs de qualité généralisés en MCO - Campagne 2011 - Analyse descriptive des résultats agrégés et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats.**
C, en ligne
Saint-Denis : HAS, 2012
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/ipaqss_rapport_mco_2011.pdf
[BDSP. Notice produite par HAS 8CA8qR0x. Diffusion soumise à autorisation]. En 2011, la HAS a coordonné la quatrième campagne de recueil généralisée des cinq indicateurs du dossier du patient (Qualité de la tenue du dossier patient, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, évaluation du risque d'escarre) impliquant les établissements ayant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Après chaque campagne de recueil, la HAS rend compte des résultats agrégés dans un rapport d'analyse mis en ligne sur son site Internet. Ce rapport présente les principaux constats et faits marquants issus de l'analyse des résultats de la campagne 2011. Il permet notamment d'analyser l'évolution des résultats sur 4 années consécutives.

Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Vingt recommandations sur les enquêtes de satisfaction et l'amélioration de la qualité de service aux assurés du régime général de sécurité sociale.
GIORGI (D.)
B7116
Paris : IGAS, 2011/12
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000159/0000.pdf
Le présent rapport vise à analyser les méthodes d'enquête utilisées pour connaître la satisfaction des assurés sociaux du régime général de sécurité sociale, et l'utilisation concrète de ces enquêtes pour améliorer la qualité des services rendus. Les enquêtes de satisfaction diligentées depuis une dizaine d'années dans chacune des quatre « branches » de la sécurité sociale - assurance maladie, assurance vieillesse, allocations familiales et recouvrement des cotisations - répondent aux exigences des conventions d'objectif et de gestion conclues avec l'Etat. Elles sont néanmoins différentes dans leur méthodologie, leur pilotage, leur exploitation, et leurs répercussions au sein des branches. La mission a jugé indispensable d'établir des comparaisons avec d'autres opérateurs de services (La Poste, France Télécom, Pôle Emploi, le service public hospitalier, le baromètre du service public promu par la direction générale de la modernisation de l'Etat) rompus aux techniques d'appréciation de la satisfaction de leurs usagers ou clients, et mettant en oeuvre des politiques de qualité de service adossées à leurs résultats.

Institute for the Labor Study. (I.Z.A.). Bonn. DEU
Spatial Disparities in Hospital Performance.
GOBILLON (L.) , MILCENT (C.)
En ligne
Bonn : IZA, 2012/09
http://ftp.iza.org/dp6936.pdf
Using a French exhaustive dataset, this paper studies the determinants of regional disparities in mortality for patients admitted to hospitals for a heart attack. These disparities are large, with an 80% difference in the propensity to die within 15 days between extreme regions. They may reflect spatial differences in patient characteristics, treatments, hospital characteristics, and local healthcare market structure. To distinguish between these factors, we estimate a flexible duration model. The estimated model is aggregated at the regional level and a spatial variance analysis is conducted. We find that spatial differences in the use of innovative treatments play a major role whereas the local composition of hospitals by ownership does not have any noticeable effect. Moreover, the higher the local concentration of patients in a few large hospitals rather than many small ones, the lower the mortality. Regional unobserved effects account for around 20% of spatial disparities.

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Estimation du surcoût des évènements indésirables associés aux soins à l'hôpital en France.
NESTRIGUE (C.), OR (Z.)
DT44
Paris : IRDES, 2012/02
http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT44EstimationSurcoutsEvenementsIndesSoinsHopitalFrance.pdf
Les événements indésirables associés aux soins (EIS) représentent non seulement un problème de sécurité et de qualité des soins pour les patients, mais également un problème économique puisque leurs conséquences financières peuvent être importantes. Cependant, jusqu'ici en France, il n'y avait aucune étude de coût à l'échelle nationale regardant l'impact économique des événements indésirables associés aux soins. Notre étude exploite les données hospitalières collectées en routine afin d'établir l'importance et les conséquences économiques de neuf EIS à l'hôpital. Nous avons suivi la méthodologie développée aux

Etats-Unis pour construire des indicateurs de sécurité des patients (PSI) et dénombrer les EIS à l'hôpital. Les surcoûts et allongements de durées de séjour liés aux EIS sont mesurés selon deux méthodes : la méthode de stratification et l'analyse de régression.

Paris School of Economics (P.S.E.). Paris. FRA
Innovative procedures: the key factor for hospital performance.
GOBILLON (L.) , MILCENT (C.)
En ligne
Paris : Paris School of economics, 2011/12
http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/65/34/41/PDF/wp201142.pdf
The role of innovative procedures in the mortality differences between university, non-teaching public and for-profit hospitals is investigated using a French exhaustive administrative dataset on patients admitted for heart attack. Mortality is roughly similar in the three types of hospitals after controlling for case-mix. For-profit hospitals treat the at-risk oldest patients more often with innovative procedures. Therefore, additionnally controlling for innovative procedures makes them having the highest mortality rate. Non-teaching public hospitals end up having the lowest mortality rate.

HERREROS (G.) , MILLY (B.)
La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique.
Conception et dynamique des organisations.
Paris: L'Harmattan
2011
Pages : 148p.
Cet ouvrage analyse les conditions de pérennisation et de valorisation de la démarche-qualité en milieu hospitalier. Des points d'accords se manifestent : l'objectif d'une amélioration du soin, l'idée que cette amélioration passe par une mise en tension entre l'élaboration de procédures et leur application d'une part, une meilleure coopération interprofessionnelle d'autre part. La démarche de certification est décisive dans les dynamiques de la qualité, mais elle provoque parfois des effets contre-dynamiques.

BRUN (N.), CRESPO (B.), FERNANDEZ-CURIEL (S.), GHADI (V.), GOBEL (S.), LACOMBE (S.), LAVERGNE (S.), LEO (M.), LUISIERE (F.), NAVATTONI (F.), PARIS (M.), POTHIER (F.), SENE-BOURGEOIS (M.), RODRIGUEZ (E.)
Collectif Interassociatif Sur la Santé. (C.I.S.S.). Paris. FRA
Guide CISS du représentant des usagers du système de santé.
Paris : CISS
2011
Pages : 236p., annexes
Cet ouvrage, élaboré collectivement par les associations membres du CISS, s'inscrit dans une de priorités du CISS : l'information et la formation des représentants des usagers. Il est composé de 4 parties qui permettent de faire le point sur toutes les questions essentielles liées : au rôle et au statut du représentant des usagers, aux droits des usagers, à l'organisation sanitaire et à la configuration des établissements publics de santé, à l'organisation de la politique de santé publique. L'actualisation du guide a porté, en cette année 2010, sur la troisième partie, nouvellement créée et consacrée à la qualité et à la sécurité des soins, ainsi que sur la quatrième partie qui a fait l'objet d'une totale refondation au regard de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». Enfin, la cinquième partie fera l'objet d'une actualisation dès que la révision de la loi de Santé publique sera effectuée (Résumé d'auteur).
http://www.leciss.org/uploads/tx_cissdocuments/110101_GuideCissRu2011.pdf

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA
Manuel de certification V2010 révisé 2011.
Référentiels de certification.

2011
Pages : 112p.
[BDSP. Notice produite par HAS BHJR0xr8. Diffusion soumise à autorisation]. La révision 2011 du manuel de certification V2010 permet d'introduire, en réponse aux attentes de l'environnement, des adaptations aux spécificités de l'HAD, de la santé mentale et de la biologie. Elle tient compte également de l'actualité réglementaire (loi HPST, décrets sur la gestion des risques, l'éducation thérapeutique.) et du retour d'expérience de la V2010 (questionnaires aux établissements, analyse des 1ères procédures de certification V2010.). La révision a pris en compte également le souhait de stabilité de l'environnement en introduisant au total un nombre restreint d'évolutions.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011

Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter. Tome 1 et 2.
Rapport Igas ; RM2011-071P
Paris : Igas
2011/05
Pages : 2 vol. (134;66p.), tabl., graph., cartes.
Cote Irdes : C, B7057
L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a enquêté sur les nombreux accidents (fugues, agressions, parfois meurtres ou viols) intervenant dans les hôpitaux psychiatriques. Elle a repéré, au-delà des cas individuels, des problèmes d'organisation récurrents qui favorisent leur survenue. Dans le même temps, certains établissements ont mis en œuvre des méthodes et des procédures pour prévenir la violence. Le rapport décrit les accidents, analyse les facteurs de risque et présente les bonnes pratiques. Il propose des solutions opérationnelles pour éviter la reproduction des accidents.

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Paris. FRA
Analyse de la littérature sur l'impact des démarches de certification des établissements de santé.
St Denis La Plaine : HAS
2010/11
Pages : 59p., tabl., annexes
La certification des établissements de santé est aujourd'hui appelée à répondre aux interrogations des pouvoirs publics, des usagers et des professionnels de santé sur son utilité et sa pertinence ; à évoluer en fonction notamment des résultats d'études d'impact. Afin de répondre à cette exigence de reddition des comptes et à cette attente d'évaluation, la Haute Autorité de Santé a souhaité disposer d'un bilan des études d'impact déjà existantes : que nous apprennent la littérature scientifique et les études empiriques sur les effets de la certification, sur ses bénéfices et sur ses limites ? Quelles sont les méthodologies pertinentes pour évaluer l'impact de la certification ?
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/rapport-matrix.pdf

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA
Culture de sécurité : du concept à la pratique.
2010
Pages : 16p.
[BDSP. Notice produite par HAS R0xB8HAH. Diffusion soumise à autorisation]. Ce document a pour objectif de sensibiliser les professionnels de santé à l'importance de la culture de sécurité, une des exigences de la procédure de certification des établissements de santé V2010. Il s'est appuyé notamment sur les travaux du projet européen EUNetPaS. (European Network for Patient Safety).
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/culture_de_securite_des_soins__du_concept_a_la_pratique.pdf

BRAS (P.L.), GOHET (P.), LOPEZ (A.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé.
Paris : la documentation française ; Paris : Inspection générale des affaires sociales
2010/07
Pages : 88p.
L'IGAS a inscrit à son programme de travail une mission d'évaluation consacrée à l'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. Ce rapport se concentre sur l'information apportée aux usagers. Dans la première partie est proposée une appréciation des informations diffusées, en France, en direction des usagers, qu'elles soient d'origine publique ou privée. Dans la deuxième partie, est décrit la politique conduite en Angleterre en ce domaine. Dans la troisième partie, sont examinés diverses questions posées par les politiques qui visent à développer l'information des usagers : effets sur les choix des usagers, effets sur les comportements des équipes, nature et forme de informations à diffuser, place à donner aux indicateurs de process et de résultats ainsi qu'aux enquêtes auprès des patients, effet sur les inégalités d'accès aux soins. Sur la base de ces constats, des recommandations sont formulées en quatrième partie.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000502/0000.pdf

ROME (F.), PARIES (J.), NYSSEN (A.S.)
Dedale. Paris. FRA, Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris. FRA
Analyse bibliographique portant sur les expériences nationales et internationales pour promouvoir ou améliorer la sécurité des patients
Paris : HCSP
2010
Pages : 68p.
L'objectif de ce rapport est de nourrir la réflexion des experts de la Commission spécialisée Sécurité des patients du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur les stratégies à adopter pour améliorer la sécurité patient. Il s'appuie sur l'analyse des expériences de cinq pays (le Royaume-Uni, le Danemark, les Etats-Unis, l'Australie et le Canada) en matière de développement des politiques et programmes concernant la sécurité des patients. Cette analyse a été assez brève, et ne prétend aucunement à une description détaillée, et encore moins exhaustive de l'existant. Elle propose au contraire un regard plutôt global, externe et transverse, guidé par l'expertise multidisciplinaire des auteurs en matière de gestion de la sécurité, appuyée sur une connaissance de la santé, mais également sur une grande expérience des domaines aéronautique, ferroviaire, nucléaire civil et industriel. Pour accéder aux expériences étrangères, il a été procédé à l'analyse de références documentaires nationales et internationales, et un corpus d'experts étrangers en sécurité patient a été sollicité, par le biais d'un questionnaire puis d'interviews téléphoniques. On a cherché à dégager à travers ces démarches un cadre de lecture commun, une grille de problématiques systématiquement rencontrées dans l'élaboration de politiques pour la sécurité patient et à en déduire des recommandations pour leur développement en France. Les paragraphes suivants résument les résultats obtenus, autour de quatre questions clés : l'émergence et la délimitation du concept de sécurité patient, les stratégies d'action, le rôle des systèmes de signalement et la posture du régulateur.
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100701_anabibsecupatients.pdf

RICHOU (F.), WOYNAR (S.), LESPEGAGNE (D.)
Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. (M.E.A.H.). Paris. FRA
Appui à l'organisation des services d'imagerie : Dispositif de déploiement, rapport final et retours d'expériences.
Paris : MeaH
2009/05
Pages : 109p.

Ce rapport final porte sur les actions de déploiement engagées par la MeaH sur le thème de « l'organisation des services d'imagerie » engagées en novembre 2007 et finalisées en décembre 2008. Après un bref rappel du dispositif et de son évaluation, vous trouverez les faits saillants des diagnostics effectués par les 20 équipes engagées et leurs principaux axes de travail portant sur l'amélioration de la prise en charge du patient, le pilotage et le management de leur service d'imagerie. Le renforcement du pilotage et du management du service d'imagerie a permis aux radiologues et leurs cadres avec leur équipe de manipulateurs et de secrétaires, de réduire les délais de rendez-vous (jusqu'à -90% au scanner, -30% en IRM), et réduire les délais de remise de comptes rendus. Pour y parvenir, les professionnels ont mis en œuvre des actions à « portée de main » pour améliorer l'utilisation de leurs ressources (humaines et équipements) : réorganisation des plannings, programmation des examens, réorganisation du secrétariat, clarification du processus de demande d'examens, mais aussi application du principe du « principe de justification » en radioprotection. Ces actions ont toutes contribué à renforcer les liens avec les services demandeurs garantissant une meilleure qualité de prise en charge du patient. Chacune de ces actions est décrite avec un rappel de son contexte, la démarche mise en œuvre, les résultats obtenus, les facteurs de succès et les écueils à éviter. Par ailleurs, une synthèse sous forme d'une fiche par établissement, rappelle les actions menées par les équipes et les résultats obtenus. Enfin, une dernière partie, la « boîte à outils », rassemble les documents et outils produits par les équipes lors de ce chantier : fiches de postes, tableaux de bord, bons de demande d'examen, charte d'organisation, grille de programmation, plannings médicaux et paramédicaux, protocole de prise en charge de l'urgence, document de sensibilisation au juste prescrire.
http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/fileadmin/img/page_contenu/Imagerie/DOCUMENTATION/080929Rapport_d__tape.pdf

TAJAHMADY (A.), CAUTERMAN (M.)
Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. (M.E.A.H.). Paris. FRA
Le dossier patient dans les hôpitaux et les cliniques. Rapport final.
Paris : Meah
2009/03
Pages : 32p.
La Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MeaH) a mené une mission d'accompagnement de 8 établissements de santé français durant 18 mois sur le thème du dossier patient. La méthodologie employée comprenait 4 phases : diagnostic, plans d'actions, mise en oeuvre, évaluation capitalisation. Cinq axes de travail ont été retenus : politique, circuit (archivage), contenant, contenu et usages (comptes-rendus d'hospitalisation, loi du 4 mars 2002). Le rapport final présente les principales réalisations et enseignements du chantier. A travers des actions organisationnelles et managériales simples, et l'utilisation d'outils classiques de gestion de projet, les établissements du groupe de travail ont réussi à améliorer la conformité du contenu de leur dossier patient, et les délais d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation. D'autres réalisations, sur la réduction du volume des archives, la mise en place d'un dossier patient papier unique ou l'informatisation du dossier patient ont été atteintes. Les résultats obtenus montrent tout l'intérêt qu'une démarche projet centrée sur les aspects organisationnels du dossier patient peut avoir. Ils soulignent aussi les dangers que l'absence d'une telle réflexion peut présenter lorsqu'un établissement s'engage dans une démarche d'informatisation ou de numérisation de son dossier patient.
http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/fileadmin/img/page_contenu/Dossier_patient/Documentation/Dossier_patient_-_MeaH_-_Rapport_final.pdf

Ministère chargé de la Santé. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.). Paris. FRA
Bilan de la mise en oeuvre du programme de gestion des risques dans les établissements de santé depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2/E4 n° 176 du 29

mars 2004 relative à la mise en oeuvre d'un programme de gestion des risques en établissements de santé (Rapport DEDALE)..
Paris : DHOS
2009/09
Pages : 161p., tabl.
Afin d'assurer la sécurité des soins, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins fait la promotion d'une politique de gestion globale et coordonnée des risques par les établissements de santé.Les établissements de santé, publics et privés, sont guidés dans leur démarche de gestion et de prévention globale des risques par la circulaire DHOS E2/E4 n° 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé.La circulaire aborde successivement : la problématique et les enjeux du management des risques, les conditions de développement d'un programme de gestion au sein des établissements de santé (ES) et le rôle d'accompagnement des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Elle est complétée par des annexes à visée ppérationnelle.Son objectif est d'impulser le développement, dans chaque ES, d'un programme de gestion globale et coordonnée des risques, comportant des bjectifs et actions en matière de prévention et de maîtrise des risques, de sensibilisation, d'information, de formation et d'évaluation.Les risques considérés correspondent au champ de la « prise en charge du patient », avec les risques spécifiques et génériques liés aux activités, processus et produits, et à celui de la « vie hospitalière » qui regroupe les risques afférents aux personnes et à l'ensemble des fonctions et systèmes en place dans l'établissement de santé.
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_general_gestion_des_risques_en_etablissements_de_sante_-_Dedale_2009.pdf

Centre Hospitalier Universitaire. (C.H.U.). Toulouse. FRA, Institut d'Etudes Politiques. (I.E.P.). Chaire Santé. Paris. FRA, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.). Centre d'Analyse des Politiques Publiques. (C.A.P.P.). Rennes. FRA
C.H.U., I.E.P., E.H.E.S.P., C.A.P.P.
Actes du colloque du CHU de Toulouse.
Verbatim santé.
La gouvernance des risques en santé.
Toulouse
2009/06/15-16
Paris : Editions de santé ; Paris : Les Presses de SciencesPo
2010
Cote Irdes : A4240
Étrange paradoxe de la médecine contemporaine, alors qu'elle est plus efficace et performante qu'elle ne l'a jamais été, sa capacité à assurer la sécurité des patients est plus que jamais remis en cause. La sécurité est un objectif complexe. Les risques sont d'autant moins bien tolérés qu'ils sont mieux cernés, identifiés et analysés. Cette connaissance des risques est, par nature, anxiogène, elle peut inquiéter les patients et les usagers du système de santé (4e de couverture)..

OR (Z.) , RENAUD (T.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Volume d'activité et résultats des soins en France : une analyse multiniveaux des données hospitalières.
Rapport Irdes ; 1777
Paris : Irdes
2009/12
Pages : 86p.
Cote Irdes : R1777

Bien que la concentration de l'activité dans de grandes structures hospitalières soit souvent présentée comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, à ce jour, aucune étude ne vérifie le lien entre volume d'activité et qualité des soins en France. Cette étude teste l'existence et l'ampleur de la corrélation entre le volume d'activité et les résultats de soins hospitaliers en France pour huit prises en charges distinctes : chirurgie lourde (résection de cancer du côlon, résection pancréatique, pontage aorto-coronarien), chirurgie plus courante (appendicectomie, prothèse totale de hanche, pose de stent) ou prise en charge médicale (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde). A partir des données du PMSI-MCO 2006, nous réalisations une modélisation multi-niveaux logistique pour évaluer l'effet du volume d'activité d'un établissement sur la probabilité de réadmission et de décès à 30 jours, en contrôlant à la fois le profil clinique des patients pris en charge et les différences organisationnelles entre établissements. Les résultats montrent qu'il y existe un lien significatif entre volume d'activité et résultats de soins pour la plupart des prises en charge, mais que l'ampleur et la forme de ce lien varient selon le niveau de technicité de la procédure. De plus, la relation est non linéaire : l'impact du volume sur les résultats de soins s'atténue au fur et à mesure que l'activité augmente. Cela suggère qu'il serait efficient de limiter le nombre d'établissements à très faible volume mais qu'il y aurait sans doute peu de bénéfice supplémentaire à concentrer l'activité au-delà d'un certain point.
http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2009/rap1777.pdf

DE TIESENHAUSEN (Hélène)
Guide pour l'évaluation du dispositif de crise à l'hôpital.
Rennes : Presses de l'EHESP
2009
Pages : 94p., tabl.
Pilier du système de soins, l'hôpital doit se tenir prêt à faire face à une crise sanitaire d'envergure. Le plan blanc, dispositif de crise obligatoire, permet une réponse efficace, à condition d'être régulièrement évalué. "C'est l'intérêt, quasi ludique, de cet ouvrage, qui permet empiriquement de le tester en permanence, de réaliser l'équivalent d'une grande manoeuvre" écrit Jean de Kervasdoué dans sa préface. Ce précis méthodologique est le fruit d'une expérience de terrain. Il rappelle les obligations réglementaires et décrit, étape par étape, la préparation et la mise en place de l'évaluation du plan blanc. Hélène de Tiesenhausen y propose de nombreux exemples de tests, différents scénarios ciblés sur chaque service de l'hôpital, et un certain nombre d'outils : questionnaire, exercices de simulation, exercices cadres... L'ensemble permet de dégager les points forts et révéler les dysfonctionnements du dispositif envisagé.

FERRAGUT (E.)
Penser l'hôpital autrement. Qualité de soin et contraintes économiques.
Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson
2009
Pages : 152p.
Durant ces trente dernières années nous avons assisté à une transformation profonde de l'hôpital dans son organisation, son fonctionnement et ses objectifs. Gestion du personnel, management des équipes soignantes, économies demandées, l'hôpital public, comme les médecins libéraux, se retrouvent confrontés et soumis aux mêmes défis qu'une entreprise avec comme impératifs supplémentaires la nécessité de maintenir le système de soins français à un niveau de qualité satisfaisant et de répondre aux transformations de la société. L'ouvrage aborde la problématique de la difficile gestion qualité de soin-contraintes économiques à travers des thèmes tels que : le vieillissement de la population ; la gestion des unités de soins palliatifs ; la gestion et promotion du don d'organe ; l'équilibre à trouver entre réponse technique et écoute ; les nouvelles formes d'accompagnement et de responsabilisation de l'individu à sa santé ; l'importance de la décision thérapeutique. Cet ouvrage, fruit d'une méthodologie raisonnée, se base notamment sur l'expérience de l'équipe de l'Unité de psychosomatique et psychopathologie de la douleur de Montpellier pour

proposer des réponses concrètes et adaptées à ces changements irréversibles : comment concilier éthique, échelle de valeurs, qualité d'écoute et de soin avec les plans comptables, comment gérer les ressources humaines et encourager la pluridisciplinarité (4è de couv.)

RITTER (P.)
Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Mission de préfiguration de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).
Paris : Ministère de la santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.
2008
Pages : 46p.
Par lettre du 30 juillet 2008, la ministre a confié une mission de préfiguration de l'Agence nationale d'appui de la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Le présent rapport est issu de la consultation des différents acteurs concernés : plus de 50 entretiens menés, discussion du projet au sein du comité de pilotage de la mission. Le rapport présente : un projet stratégique pour l'agence , une proposition d'organisation , des recommandations pour sa mise en place

SILBER (D.)
Institut Montaigne. Paris. FRA
Mesurer la qualité des soins.
Paris : Institut Montaigne
2008
Pages : 47p.
Il y a encore quelques années, les Français étaient convaincus de bénéficier du meilleur système de santé au monde. Aujourd'hui, leur sentiment est plus mitigé. En fait, ils sont incapables de se prononcer en toute objectivité. Et pour cause : l'évaluation de la qualité des soins, en France, n'en est encore qu'à ses balbutiements. Or les conséquences en termes de santé publique sont graves : erreurs de soins, prévention mal conçue, suivis négligés, accidents trop nombreux, décès évitables…Dans cette note de l'Institut Montaigne, Denise Silber, après avoir dressé un état des lieux aussi complet qu'alarmant de la situation, formule sept propositions concrètes pour mesurer efficacement la qualité des soins en France et pour en diffuser largement les résultats. En gardant à l'esprit que l'objectif n'est pas de clouer au pilori les professionnels de santé mais, au contraire, de les aider à progresser afin de satisfaire à un impératif majeur : soigner les Français le mieux possible.
http://www.tns-sofres.com/points-de-vue/2C577A9F399048DCA7E49AAE73CB1CCA.aspx - http://www.tns-sofres.com/_assets/files/030309_hopital.pdf

COM-RUELLE (L.) , OR (Z.) , RENAUD (T.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Volume d'activité et qualité des soins dans les établissements de santé : Enseignements de la littérature.
Rapport Irdes ; 1734
Paris : Irdes
2008/09
Pages : 152p.
Si la concentration de l'offre de soins hospitaliers dans de grandes unités est souvent présentée comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, le sens et l'ampleur de la relation entre volume d'activité et qualité des soins font toujours l'objet de débats. Ce rapport dresse un examen complet et systématique de la littérature portant sur la relation entre le volume d'activité dans les établissements de santé et les résultats des soins. Au total, 175 articles ont été évalués selon un protocole standard. Par ailleurs, nous avons étudié les concepts d'économie industrielle pour en comprendre les mécanismes sous-jacents du lien entre volume d'activité et résultats.
http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1734.pdf

OR (Z.), COM-RUELLE (L.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?
Document de travail Irdes ; 19
Paris : Irdes
2008/12
Pages : 18p.
Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Malgré sa réputation « de meilleur système de santé dans le monde », selon l'OMS, la France est en retard sur l'étude de la qualité des soins. Il n'existe pas à l'heure actuelle de système d'information permanent sur la qualité et la sécurité des soins et les données demeurent partielles, contradictoires et difficilement accessibles. Afin d'obtenir une image globale des problèmes de qualité de soins et développer des stratégies pour l'améliorer, il est important de recueillir des données de manière systématique et sur une base nationale cohérente. Cet article fournit une vue d'ensemble des données disponibles sur la qualité de soins en France en suivant le cadre d'analyse et les recommandations internationales pour mesurer la qualité. En comparant la situation de la France à celles d'autres pays développés, elle vise également à identifier les lacunes et les points forts du système actuel pour améliorer la gestion de la qualité des soins.
http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf

ESTRYN-BEHAR (Madeleine)
Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe.
Rennes : Presses de l'EHESP
2008/09
Pages : 383p., ann.
Analyser les raisons pour lesquelles les paramédicaux hospitaliers quittent prématurément leur profession et formuler des préconisations pour prévenir ce phénonène : tels étaient les buts de l'étude européenne PRESST-NEXT (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail - Nurses'Early Exit Study). L'ampleur et la représentativité de l'échantillon de cette étude ont permis un traitement exhaustif des causes du mal-être des soignants. Ce mal-être n'est pas sans remèdes, lesquels ne sont pas nécessairement budgétivores. C'est ce qu'entend démontrer ici Madeleine Estryn-Béhar à partir des résultats de PRESST-NEXT. L'ouvrage est conçu pour permettre au lecteur de s'emparer aisément des éléments de diagnostic et des préconisations correspondantes. Chaque chapitre débute par un résumé des apports de la littérature scientifique et de l'étude PRESST-NEXT. Il se clôt sur un court encadré présentant des propositions concrètes pour remédier aux problèmes soulevés. Des fiches actions finales proposent des solutions applicables à l'échelon local. (R.A.).

Définir ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé.
Saint Denis : Haute Autorité de santé
Pages : 19p.
2007/12
Cote Irdes : B6337
Ce document a pour vocation d'enrichir le débat sur la qualité de notre système de santé. Engagée depuis trois ans au service de l'amélioration de la qualité en santé, la Haute Autorité de santé (HAS) considère que sa mission est aussi, au-delà de son action quotidienne, de susciter le débat public et la réflexion sur l'avenir du système de santé. L'amélioration de la qualité en santé est une exigence qui porte ses fruits depuis une quinzaine d'années déjà. Pourtant, son impact est encore trop limité et la diffusion d'une culture partagée de la qualité rencontre certaines difficultés. Ce document analyse ces difficultés et identifie les choix collectifs que nous devons effectuer pour les dépasser. Il ne

s'agit pas seulement, en effet, de limites pratiques : des choix de fond s'imposent pour définir ensemble dans quel but et avec quels outils nous voulons défendre demain la qualité de notre système de santé. Pour dynamiser la réflexion collective, la HAS en appelle à la contribution de tous les acteurs concernés : patients et usagers du système de santé, professionnels et pouvoirs publics. Ce document propose des éléments d'analyse pour favoriser le débat public sur une série de sujets. La HAS pose ainsi les premiers jalons de débats qui seront lancés dans le courant de l'année 2008. Les thèmes identifiés pour ces échanges sont présentés en annexe. Certains débats pourront avoir lieu dès les prochains mois, d'autres demanderont le temps de la recherche. Cette concertation approfondie nous permettra de définir avec vous de nouveaux horizons pour améliorer, ensemble, la qualité en santé.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_college_has_horizons.pdf

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA
Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2007.
Paris : HCAAM
2007/07
Pages : 144p., tabl.
Trois ans après la loi du 13 août 2004, ce nouveau rapport dresse un premier bilan de la politique entreprise et de ses résultats. Sans prétendre à l'exhaustivité, le Conseil a retenu six constats principaux dans son bilan 2004-2007. La situation financière des régimes d'assurance maladie s'est améliorée depuis 2004 grâce à de nouvelles recettes, une modération des dépenses et une politique pertinente sur le marché des médicaments. Cette amélioration ne s'est pas accompagnée d'un désengagement des régimes de base. La situation en 2007 reste dégradée. La politique de maîtrise médicalisée ne produit d'effets que lentement. Dans le secteur des établissements de santé, l'introduction de la T2A, la modification des règles de la gouvernance des hôpitaux publics et la relative rigueur du cadrage financier sont des éléments positifs. Mais l'analyse des écarts de performance des établissements – très élevés – montre qu'on peine à dégager les gains de productivité, pourtant potentiellement élevés. Enfin, les chantiers d'une meilleure organisation territoriale de l'offre de soins n'ont guère progressé. Dans son rapport 2007, le Conseil a également examiné deux enjeux qui lui semblent prioritaires pour les années à venir. Le premier porte sur le maintien à tous les assurés d'une offre de qualité à des conditions raisonnables d'accès et de reste à charge. Les solutions préconisées : partout, dans les soins de ville et hospitaliers, il convient de favoriser un parcours de soins conjuguant qualité et efficacité ; améliorer rapidement les processus d'établissement et la coopération locale entre les différents offreurs de soins ; mener à leur terme avec rigueur les actions de protocolisation, l'accréditation et de certification afin de garantir partout la qualité des soins. Quant aux conditions tarifaires, le Conseil considère qu'il convient de stopper la dérive des dépassements. Le second enjeu porte sur le coût et la soutenabilité du système d'assurance maladie, tant pour les finances publiques que pour les assurés, dans un contexte de progression des dépenses évoluant plus vite que le PIB. Le Haut Conseil dégage deux axes prioritaires : le choix d'une gestion active du panier de soins et la recherche de gains d'efficience. Il estime également raisonnable d'étudier un réaménagement du système de prise en charge, à travers deux objectifs complémentaires : stabiliser au moins le taux de prise en charge et redresser les situations actuelles de reste à charge exagéré en adoptant des règles de participation financière des assurés plus rationnelles, équitables et maîtrisables.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/rapport_2007.pdf

LOPEZ (A.), REMY (P.L.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.).Paris. FRA
Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé : éléments de travail.
Rapport IGAS ; 2007 045.

Paris : Igas
2007/03
Pages : 130p.
Le présent rapport de l'IGAS a pour objectif à la fois de faire un état des lieux de la situation dans les établissements hospitaliers publics et privés, et aussi de s'interroger sur l'usage de ces éléments de mesure, les problèmes méthodologiques liés aux mesures, les stratégies d'acteurs, avant de formuler quelques propositions. Dans une première partie, la mission fait le point de l'existant, en ce qui concerne la mesure de la satisfaction, dans les établissements de santé français, en le complétant d'un éclairage sur ce qui se passe dans les pays étrangers. Elle examine également les problèmes de méthode qui se posent. Dans une seconde partie, elle aborde les questions liées à l'usage de ces mesures et la place de la prise en compte de la satisfaction des usagers dans la gestion des établissements et du système de soins. Enfin, la mission fait des propositions sur les conditions de nature à développer les mesures de la satisfaction des usagers et la prise en compte de leurs résultats. Elle préconise des solutions pour améliorer le degré d'information des usagers sur le système de soins et ses performances.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000592/0000.pdf

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA
Définir ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé.
Saint Denis : Haute Autorité de santé
2007/12
Pages : 19p.
Ce document a vocation à enrichir le débat sur la qualité de notre système de santé. Engagée depuis trois ans au service de l'amélioration de la qualité en santé, la Haute Autorité de Santé (HAS) considère que sa mission est aussi, au-delà de son action quotidienne, de susciter le débat public et la réflexion sur l'avenir du système de santé. L'amélioration de la qualité en santé est une exigence qui porte ses fruits depuis une quinzaine d'années déjà. Pourtant, son impact est encore trop limité et la diffusion d'une culture partagée de la qualité rencontre certaines difficultés. Ce document analyse ces difficultés et identifie les choix collectifs que nous devons effectuer pour les dépasser. Il ne s'agit pas seulement, en effet, de limites pratiques : des choix de fond s'imposent pour définir ensemble dans quel but et avec quels outils nous voulons défendre demain la qualité de notre système de santé. Pour dynamiser la réflexion collective, la HAS en appelle à la contribution de tous les acteurs concernés : patients et usagers du système de santé, professionnels et pouvoirs publics. Ce document propose des éléments d'analyse pour favoriser le débat public sur une série de sujets. La HAS pose ainsi les premiers jalons de débats qui seront lancés dans le courant de l'année 2008. Les thèmes identifiés pour ces échanges sont présentés en annexe. Certains débats pourront avoir lieu dès les prochains mois, d'autres demanderont le temps de la recherche. Cette concertation approfondie nous permettra de définir avec vous de nouveaux horizons pour améliorer, ensemble, la qualité en santé.

KELLEY (Edward), HURST (Jeremy)
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA
Le projet sur les indicateurs de qualité des soins : rapport des indicateurs initiaux.
Health care quality indicators project : initial indicators report.
OECD Health Working Papers ; 22.
Paris : OCDE
2006/03/09
Pages : 151p., 2 graph., 55 tabl.
Le projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (HCQI) a été lancé en 2001. Son objectif à long terme est d'élaborer un ensemble d'indicateurs qui puissent être utilisés pour déterminer de nouvelles pistes de recherche sur la qualité des soins dans les

pays de l'OCDE. Les indicateurs devant finalement être recommandés pour faire partie de cet ensemble d'indicateurs doivent en principe être pertinents du point de vue scientifique et importants sur le plan clinique et stratégique, et leur collecte réalisable dans la pratique au sens où les données y afférentes doivent être disponibles et comparables à l'échelon international. Ces indicateurs ne sont pas non plus censés permettre de porter un jugement sur la performance globale des systèmes de santé dans leur intégralité. Ils devraient essentiellement être utilisés comme point de départ pour comprendre pourquoi des différences existent et par quels moyens les réduire et améliorer les soins de santé dans tous les pays. Le projet est divisé en deux phases. La première, dont le présent rapport présente une synthèse, a été axée sur 17 indicateurs importants et facilement accessibles de l'efficacité des soins. Les indicateurs qui seront pris en compte dans la deuxième phase des travaux porteront sur un éventail plus large d'affections cliniques et d'aspects de la qualité des soins de santé. La première partie du rapport présente l'objet et l'historique du projet, les méthodes utilisées et les résultats obtenus. La deuxième partie fait une synthèse des conclusions des analyses approfondies réalisées par l'OCDE au cours du printemps et de l'été 2005 sur un ensemble de cinq questions posées par les experts nationaux lors de la réunion qu'ils ont tenue en décembre 2004 à Paris. Ces questions concernant les données portent sur des problèmes de comparabilité entre les pays pour des indicateurs particuliers. La troisième et dernière partie du rapport présente des informations détaillées sur la pertinence scientifique et l'importance des indicateurs dont l'inclusion dans l'ensemble initial d'indicateurs de la qualité des soins de santé de l'OCDE a été recommandée, la disponibilité des données y afférentes et leur comparabilité au niveau international. Le document examine aussi en détail les indicateurs dont l'intégration dans cet ensemble initial n'est actuellement pas recommandée. Ces derniers ne sont pas pour autant définitivement écartés. Plusieurs d'entre-eux sont généralement considérés comme pertinents sur le plan scientifique, mais pour le moment, la disponibilité et la comparabilité des données qui s'y rapportent ne sont pas nécessairement tout-à-fait satisfaisantes. Par conséquent, ces indicateurs ne se prêtent pas actuellement à la comparaison internationale (tiré du résumé d'auteur).
http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S). Direction Générale de la Santé. (D.G.S.). Paris. FRA
Rapport national sur le tableau de bord des infections nosocomiales : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales ICALIN 2004.
Tableau de bord des infections nosocomiales 2006.
Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités. DHOS/DGS
2006/02
Pages : 71p.
Le tableau de bord des infections nosocomiales et son premier indicateur ICALIN marque le début de cette démarche. L'objectif de ce tableau de bord est d'inciter tous les établissements de santé à mesurer leurs actions et leurs résultats dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales. Le tableau de bord est une façon de présenter un certain nombre d'informations simples et sélectives (résultats d'indicateurs). Il vise à permettre un suivi dans le temps et des comparaisons entre les établissements, facteurs d'amélioration de la qualité. Avant tout, il répond à une demande légitime d'information et de transparence de la part des usagers.
http://www.sante.gouv.fr/icalin/rapport_2006.pdf

MOSCHETTI (K.)
Université de la Méditerranée. Faculté des Sciences Economiques. Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille. (G.R.E.Q.A.M.). Aix Marseille. FRA
Quelle place pour les préférences des patients dans la régulation du système hospitalier ?

Doctorat ; Sciences économiques.
Aix-Marseille : Université de la Méditerranée
2005
Pages : 302p.
Cote Irdes : B6955
L'objectif de cette thèse est de s'interroger sur les outils de régulation utilisés à l'hôpital pour réguler la demande de soins hospitaliers en France. En se démarquant des travaux antérieurs qui portent essentiellement sur l'offre, l'analyse porte sur la place à accorder aux préférences des patients dans la régulation hospitalière dans une double perspective : la mise en place d'une nouvelle tarification des établissements de santé (T2A) et l'allocation spatiale des ressources hospitalières. La première partie constitue une large revue de la littérature à la fois théorique et empirique, notamment sur le système de paiement prospectif mis en place aux Etats-Unis. La deuxième partie propose une méthode économétrique originale pour estimer l'élasticité de la demande en qualité des patients. La troisième partie porte sur les choix d'allocation/localisation des soins hospitaliers traités par le recours à des modèles de simulation multi-agents (SMA).

Haute Autorité de Santé. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques. St Denis. FRA
L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé.
St Denis : HAS
2005/06
Pages : 56p., 1 graph., tabl.
Cote Irdes : B5108
Afin de renforcer la dimension médicale de la démarche d'accréditation, la Haute Autorité de santé a décidé d'inclure dans les références du manuel d'accréditation des exigences en matière d'EPP. Des démarches et méthodes sont disponibles pour favoriser l'EPP. Leur mise en oeuvre doit être facilitée pour favoriser leur appropriation par les professionnels. La HAS a conçu ce guide à partir de son expérience, des résultats de la première accréditation et des expériences internationales. Ce guide s'adresse aux établissements s'engageant dans l'accréditation version 2 et aux experts-visiteurs. Le chapitre 1 définit l'EPP, présente le contexte de sa mise en oeuvre et les concepts sous-jacents. Le chapitre 2 présente les principales méthodes disponibles. Le chapitre 3 expose les modalités de l'EPP prévues dans le manuel de la deuxième procédure d'accréditation. Le chapitre 4 explique les modalités concrètes de prise en compte des exigences d'EPP au cours des différentes étapes de la procédure d'accréditation. Ce guide est évolutif et s'enrichira des expériences produites dans les établissements de santé.
http://www.has-sante.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/AT_LFAL-6DLJSK/$File/Guide_EPP_juin_2005.pdf?OpenElement

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). St Denis La Plaine. FRA, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquées à la Santé. (C.R.E.G.A.S.). U537 - CNRS Esa 8052. Paris. FRA
COMPAQH : rapport d'étape 2004.
Paris : Cregas (Inserm)
2005/06
Pages : 66p., 5 graph., 2 tabl.
Ce document est un rapport d'étape du projet COMPAQH (COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière). Il a pour objectif de décrire les travaux réalisés en 2004 (mars 2003 - mars 2006). Le projet COMPAQH poursuit les objectifs suivants : (1) Sélectionner une batterie d'indicateurs de qualité hospitalière ; (2) Tester la qualité métrologique de ces indicateurs ; (3) Etablir une comparaison inter-hospitalière ; (4) Définir les modes de gestion des indicateurs comme aide à l'amélioration de la qualité. 36 établissements de statuts différents participent à ce projet, qui est soutenu par

la DHOS, en collaboration avec l'HAS. Il est également porté par les fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP, FNCLCC, FNMF), la branche hospitalière de l'assurance-maladie (UGECAM), et les associations d'usagers (CISS). Le maître d'œuvre est l'INSERM (Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquées à la Santé, unité mixte Inserm-Cnrs), avec une participation du CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine). En 2004, l'objectif a été de mettre en œuvre la batterie d'indicateurs sélectionnés (25 en MCO, 25 en CLCC, 19 en Psychiatrie, 20 en CLCC, soient 42 au total). Des outils nécessaires à la collecte de données ont été élaborés, des indicateurs ont été lancés au test, et le document présente quelques résultats obtenus, à la fois au niveau de l'établissement et entre établissements. Une revue de la littérature sur les méthodes de comparaison a été engagée à cette occasion. Enfin, un dispositif spécifique visant à tester la faisabilités de cinq indicateurs d'infections nosocomiales a été conçu.
http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/docs/Rapport_detape_2004.pdf

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). Service Evaluation des Pratiques. Saint Denis. FRA
Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations.
Saint Denis : ANAES
2003/06
Pages : 201p.
Ce document a pour objectif d'accompagner les établissements qui désirent évaluer et améliorer la qualité de la tenue du dossier de leurs patients et de structurer la démarche commune. La vision globale qui est présentée permet de dépasser les clivages traditionnels entre les différents dossiers tenus par chacune des catégories professionnelles tout en respectant la spécificité de chacun d'entre eux.

HIRSCH (E.)
La révolution hospitalière : une démocratie du soin.
Paris : Bayard
2002
Pages : 276p.
Bien moins qu'une révolution est en train de se dérouler actuellement dans les hôpitaux français : l'avènement d'une démocratie dans le soin. Portée par l'irrésistible mouvement égalitaire qui travaille en profondeur la société, l'émergence des droits de la personne malade contraint les soignants à de nouvelles conduites. Rien est encore joué, et ici et là quelques-uns continuent de penser que l'idéal de la médecine hospitalière est un malade qui ne parle pas : mais beaucoup au contraire s'engagent et inventent une éthique hospitalière attentive à la personne, à ses choix comme à ses refus, à sa dignité en tout cas. Cet ouvrage fait donc le point sur les contraintes auxquelles est confronté l'hôpital : il lui faut aller jusqu'au bout des possibilités thérapeutiques et ne pas céder à l'ivresse des prouesses médicales ; assumer ses responsabilités éthiques et ne pas ignorer ses contraintes économiques ; préserver la nécessaire marge de manœuvre des médecins et faire droit à la demande d'information et de partenariat des malades.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). Paris. FRA
Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé.
Paris : ANAES
2002/04
Pages : 77p.
Après un bref historique sur l'introduction de la démarche qualité, ce guide publié par l'Anaes présente des lignes directrices pour aider les établissements de santé à structurer ou à pérenniser leur démarche qualité, à la fois sous forme de cadre de développement et d'exemples d'application.

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission Nationale d'Evaluation. (M.N.E.). Paris. FRA
Rapport de la Mission d'Evaluation de la mise en place de la R.T.T. dans les établissements de santé.
Paris : La Documentation française
2002/10
Pages : 29p.
Le présent rapport présente un bilan de la situation actuelle et propose une série de préconisations en ce qui concerne la mise en place de la réduction du temps de travail dans les établissements de santé. La Mission nationale d'évaluation rappelle que si la RTT est ressentie comme une "avancée sociale" et qu'elle constitue aux "yeux des personnels un acquis sur lequel il ne saurait être question de revenir", elle a en même temps révélé voire amplifié la crise du secteur hospitalier. Le document est consultable à l'adresse : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000571/0000.pdf.

KERVASDOUE (J. de)
La qualité des soins en France.
Horizons santé.
Paris : Fédération Nationale de la Mutualité Française ; Editions de l'Atelier ; Editions ouvrières
2000
Pages : 180p., tabl.
Depuis plus de dix ans, le thème de la qualité des soins est au cour de toutes les réflexions et mesures visant à améliorer notre système de santé. Mais en dépit des intentions affichées, la France accuse encore un retard important en la matière, telle en témoigne la mortalité occasionnée à l'hôpital par les infections nosocomiales. Ce livre se veut d'abord un plaidoyer pour la mise en oeuvre des procédures de qualité. Il met cependant en garde contre une certaine conception des politiques de qualité de soins qui pourrait mener à une bureaucratisation et une déshumanisation des pratiques médicales. Il propose des mesures opérationnelles susceptibles d'être développées rapidement. Ecrit par l'un des meilleurs spécialistes de la question, cet ouvrage n'hésite pas à bousculer tous les conservatismes et à avancer des solutions audacieuses.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.).Service d'Evaluation Hospitalière. Paris. FRA
La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé : revue de la littérature.
Paris : ANAES
1996/09
Pages : 55p., graph.
La prise en compte de la satisfaction des usagers par les établissements de santé se situe dans les priorités définies par les ordonnances du 26 avril 1996. Bien que partie intégrante du résultat thérapeutique, la satisfaction et sa mesure sont difficiles à objectiver. A la demande de la Direction Générale de la Santé et de la Direction des Hôpitaux, l'ANDEM a réalisé une revue de la littérature médicale et professionnelle. Elle permet par la clarification du concept et par l'analyse critique des méthodes utilisées, de formuler des recommandations pratiques pour une mesure plus appropriée et utile de la satisfaction des patients. L'analyse plus objective des causes des satisfactions et insatisfactions doit permettre de guider les professionnels qui conduisent des actions d'amélioration de la qualité des soins et des services au sein des établissements de santé. En effet, cette analyse permet de prioriser les actions à mettre en oeuvre et ainsi de répondre de la manière la plus appropriée aux attentes des patients. Comme toute méthode d'évaluation de la qualité, la mesure de la satisfaction ne peut être justifiée que dans le contexte explicite d'une politique d'amélioration continue des soins et des services.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). Paris. FRA
A propos de l'accréditation.
Paris : ANAES
2000/01
Pages : 16p.
Réalisé sous la direction du Pr Yves Matillon, directeur général de l'ANAES, et validé par le Conseil scientifique et le Conseil d'administration de l'ANAES lors de la rédaction du manuel d'accréditation dans sa version de février 1999, ce document, publié dans sa troisième version : - résulte de l'analyse des textes officiels (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et décret n° 97-311 du 7 avril 1997) et des expériences étrangères ; - dresse l'état actuel de la réflexion sur l'accréditation conduite par l'ANAES ; - précise les objectifs et les principes de mise en oeuvre de la procédure d'accréditation des établissements de santé publics et privé ; - réunit quelques références bibliographiques utiles à une meilleure compréhension de la démarche d'accréditation.

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission Interministérielle Recherche Expérimentation. (M.I.R.E.). Paris. FRA, Centre de Recherches Economiques Sociologiques et de Gestion. (C.R.E.S.G.E.). Lille. FRA
Mesure de l'efficacité des hôpitaux et recherche de ses déterminants.
Paris : MIRE
1998/01
Pages : 126p., tabl.
Ce rapport s'inscrit dans l'appel d'offres MIRE « la rationalité économique des acteurs publics et privés », et plus spécifiquement, au sein de ce thème, dans la problématique « définition et mesure de la productivité des services de soins ». Il propose certains développements méthodologiques relatifs à l'estimation de frontières de production à l'aide de techniques d'enveloppement des données ainsi que deux applications empiriques à partir de bases de données complémentaires : une enquête réalisée par l'Echelon Régional du Service Médical près la CRAM Nord-Pas-de-Calais/Picardie sur les services de médecine générale et de spécialités médicales d'hôpitaux de la région et une enquête nationale, menée par l'Assurance maladie, sur l'activité chirurgicale des secteurs opératoires.

NICOLAS (G.), DURET (M.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA. Haut Comité de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris. FRA
Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie, réanimation, gynécologie, obstétrique, psychiatrie et radiologie.
Paris : MSSPS
1998/02
Pages : 51p., tabl., ann.
La démographie médicale se caractérise en France par une forte augmentation des effectifs du milieu des années 1970 à la fin des années 1980. La croissance globale des effectifs va se poursuivre jusqu'aux années 2008/2010. Cette situation n'est cependant pas exempte de fortes disparités : disparités géographiques entre les régions, disparités entre activité libérale et hospitalière, disparités entre les différentes spécialités médicales. Ces disparités, si elles se maintenaient, pourraient devenir source de tension importante dans les disciplines considérées moins attractives, avec l'augmentation du nombre de départs à la retraite. Pour le présent rapport, l'étude a uniquement porté sur les quatre spécialités faisant parti de la mission relative aux quatre disciplines pour lesquelles existent aujourd'hui des insuffisances d'effectifs dans les hôpitaux publics : anesthésie, obstétrique, radiologie, psychiatrie. Les problèmes qui ont été perçus lors de l'étude : vieillissement de la population, inadéquation de la répartition géographique des médecins, féminisation et vieillissement du corps médical, plaident pour une amélioration de la connaissance des besoins de santé de la population et

donc de l'élaboration d'un instrument d'évaluation de ces besoins au niveau régional. La méthodologie utilisée pourra être appliquée à l'étude démographique d'autres spécialités.

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M
Mesure de l'activité et comparaison des services hospitaliers.
Actes du séminaire : Analyse et évaluation des systèmes de soins et de prise en charge, de prévention et de protection sociale.
Abbaye des Vaux de Cernay : 1996/11/21-22-23
Paris : INSERM
1996
Pages : 197p., tabl., graph., fig.
Ce document présente les actes du colloque, organisé par l'Inserm aux Vaux de Cernay en novembre 1999, ayant pour thème : Mesure de l'activité et comparaison des performances des services hospitaliers. La première partie des actes introduit la notion de performance hospitalière. La deuxième partie est consacrée au PMSI et également à des méthodes de comparaison d'établissements mises en oeuvre en France. La troisième partie regroupe diverses approche de la performance.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.).Service d'Evaluation Hospitalière. Paris. FRA
La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé : revue de la littérature.
Paris : ANAES
1996/09
La prise en compte de la satisfaction des usagers par les établissements de santé se situe dans les priorités définies par les ordonnances du 26 avril 1996. Bien que partie intégrante du résultat thérapeutique, la satisfaction et sa mesure sont difficiles à objectiver. A la demande de la Direction Générale de la Santé et de la Direction des Hôpitaux, l'ANDEM a réalisé une revue de la littérature médicale et professionnelle. Elle permet par la clarification du concept et par l'analyse critique des méthodes utilisées, de formuler des recommandations pratiques pour une mesure plus appropriée et utile de la satisfaction des patients. L'analyse plus objective des causes des satisfactions et insatisfactions doit permettre de guider les professionnels qui conduisent des actions d'amélioration de la qualité des soins et des services au sein des établissements de santé. En effet, cette analyse permet de prioriser les actions à mettre en oeuvre et ainsi de répondre de la manière la plus appropriée aux attentes des patients. Comme toute méthode d'évaluation de la qualité, la mesure de la satisfaction ne peut être justifiée que dans le contexte explicite d'une politique d'amélioration continue des soins et des services

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. (A.P. - H.P.). Paris. FRA
L'accréditation des établissements de santé : de l'expérience internationale à l'application française.
Paris : Assistance Publique ; Vélizy : Doin
1998
Pages : 264p., index
L'accréditation (niveau de conformité d'un producteur de soins à un ensemble de critères explicites de moyens, de procédures et/ou de résultats) devient obligatoire pour les établissements d'hospitalisation en France ; elle est une source d'inquiétude et d'interrogations pour les professionnels hospitaliers. Cet ouvrage, qui s'appuie sur l'analyse des pratiques étrangères et du contexte français, a pour ambition de leur donner des éléments de comparaison et de réflexion. L'éclairage porte sur quatre points principaux : les liens entre qualité, accréditation et évaluation, les démarches d'accréditation dans d'autres pays (Amérique du Nord et Europe) et la future démarche française analysée à partir des textes existants, les implications pour l'hôpital de la mise en place d'une démarche

d'accréditation etde son application en France, les contenus des manuels d'accréditation et les logiques de cotation.

FOURCADE (A.), RICOUR (L.), GARNERIN (P.H.), HERGON (E.), BOELLE (P.Y.)
La démarche qualité dans un établissement de santé.
Les guides de l'AP-HP.
Velizy : Doin Editeurs
1997/03
Pages : 164p., tabl., graph.
Ce guide multidisciplinaire est destiné à apporter les bases méthodologiques et à présenter des exemples concrets pour l'application de la démarche qualité dans le domaine des soins hospitaliers. Il présente les concepts nécessaires à la compréhension de la démarche, les différentes étapes qui devront conduire une structure de soins (service, hôpital) à ce que l'on appelle l'assurance de qualité, les outils qui peuvent être utilisés. Il offre une opportunité aux professionnels de santé, susceptibles de s'engager dans cette démarche, d'avoir enfin accès, à un premier cadre méthodologique général, illustré par des exemples issus d'expériences hospitalières. (Résumé d'auteur).

LETEURTRE (H.), PATRELLE (I.)
La qualité hospitalière.
Paris : Berger-Levrault
1996/01
Pages : 303p.
Cet ouvrage traite de la qualité hospitalière. Il comprend trois parties. La première nous amène à nous interroger sur la démarche de qualité totale hospitalière ainsi que sur une approche de la qualité organisationnelle. La seconde partie est consacrée à des fonctions tranversales de l'hôpital (communication, formation, services offerts aux malades). La troisième partie ouvre des perspectives sur la qualité des soins infirmiers.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). Direction de l'Accréditation et de l'Evaluation des Pratiques. Saint-Denis. FRA
Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation.
Saint-Denis : ANAES
2004/09
Pages : 131p.
La procédure d'accréditation des établissements de santé a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. A l'issue de la démarche, le collège de l'accréditation valide un rapport comportant notamment le délai au terme duquel l'établissement doit avoir engagé une nouvelle procédure d'accréditation. Forte de son expérience issue de la première procédure d'accréditation, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (Anaes) propose et met en place la 2ème procédure d'accréditation. Elle place la qualité des pratiques médicales au centre de la démarche d'accréditation et valorise la qualité pour en faire un instrument essentiel de régulation du système de santé. Cette nouvelle procédure s'articule autour de trois grands axes stratégiques : l'appréciation du service médical rendu au patient ; le renforcement de l'évaluation de la politique et de la qualité du management ; l'accent mis sur la gestion des risques.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). Saint-Denis. FRA
Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions.
Saint-Denis : ANAES
2004/09

Pages : 155p., tabl., graph.
Ce document réalisé par l'Anaes réactualise un premier rapport intitulé " Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital ", réalisé en 1998 et qui avait pour but d'analyser la relation entre la qualité des soins et les coûts associés. Le présent document s'articule autour de cinq chapitres : le premier chapitre définit le concept de coût de la qualité ; le second chapitre propose une synthèse des travaux internationaux réalisés entre 1990 et 2003 ; le troisième chapitre propose une synthèse des données françaises sur le coût de la qualité ; la quatrième partie liste les besoins en information en France en termes de coût de la qualité et les pistes de recherche permettant d'avancer dans la réflexion autour du thème du coût de la qualité des soins en établissement de santé. Enfin, des fiches outils sont proposées dans la dernière partie. Elles sont déclinées en quatre domaines d'application : les infections à bactéries multirésistantes, l'antibioprophylaxie inadaptée, les escarres et les radiographies inappropriées.

Articles

Analyse comparative des bactériémies nosocomiales chez l'adulte en réanimation et hors réanimation : Enquête nationale de prévalence 2012, France.
GIARD (M.),MACHUT (A.),NOEL LAGNADO (D.),AYZAC (L.),VAUX (S.),COIGNARD (B.),SAVEY (A.),GEORGES (S.),LEON (L.),THIOLET (J.M.),BERNET (C.),GAUTIER (C.),JARNO (P.),SIMON (L.),MIGUERES (B.),MILIANI (K.),VERJAT TRANNOY (D.),ALFANDARI (S.),BAJOLET (O.)
Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint-Maurice. FRA
C, en ligne
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE, n°29, 2014/10/28
http://www.invs.sante.fr/beh/2014/29/2014_29_1.html
[BDSP. Notice produite par InVS 7o87lR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : la surveillance nationale des bactériémies nosocomiales (BN) a été restreinte en 2005 à la réanimation. En 2012, l'Enquête nationale de prévalence (ENP) des infections nosocomiales rapportait une prévalence des BN de 0,5%. L'objectif de cette étude était la comparaison des BN en réanimation et hors réanimation. Méthode : les données proviennent de l'ENP de 2012. Les analyses ont porté sur la prévalence des BN, leur répartition selon le type de séjour et leur origine. Une analyse multivariée a étudié les facteurs associés aux BN. Résultats : parmi les 216 387 patients inclus, 2,4% étaient hospitalisés en réanimation, 65,9% en court séjour et 31,7% en soins de suite et de réadaptation (SSR). La prévalence des BN y était respectivement de 3,2%, 0,6% et 0,2%. Seulement 14,9% des BN étaient recensées en réanimation contre 74,8% en court séjour. Les BN liées à un cathéter représentaient 42,0% des BN en réanimation, 44,7% en court séjour et 19,0% en SSR. Les BN non liées à un cathéter étaient plus souvent secondaires à une pneumonie en réanimation (15,3%), à une infection urinaire en court séjour (25,4%) ou en SSR (45,7%). La survenue d'une BN était associée à de nombreux facteurs liés au patient, le principal étant l'exposition à un cathéter. Après ajustement, le risque de survenue d'une BN en réanimation ne différait pas significativement de celui en court séjour. Conclusion : dans l'ENP 2012, alors que la prévalence des BN était plus élevée en réanimation, les trois quarts des BN survenaient en court séjour. L'origine la plus souvent retrouvée était l'exposition à un cathéter, en court séjour comme en réanimation. Les efforts de prévention et de surveillance devraient être élargis aux patients à risque en dehors de la réanimation, notamment ceux porteurs de cathéter. (R.A.).

Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire.
DORMONT (B.) , MILCENT (C.)
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA

S18
ECONOMIE ET STATISTIQUE, n°455-456, 2013/05
In : Systèmes de santé.
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=3967
Cet article a pour but de comprendre les différences de productivité observées en France entre les hôpitaux publics, les hôpitaux privés à but non lucratif (PSPH) et les cliniques privées. Nous examinons s'il existe une influence de la composition de la patientèle et des séjours sur la productivité des hôpitaux. Si tel est le cas, introduire de la concurrence entre les hôpitaux sur la base de la Tarification à l'Activité ne promeut pas seulement l'efficience, mais crée aussi de fortes pressions au sein des établissements en faveur d'une réorientation de l'offre de soins. La base de données utilisée est un panel d'hôpitaux proche de l'exhaustivité pour les soins aigus : 1 604 hôpitaux sont observés sur la période 1998-2003. L'analyse couvre les six années précédant l'introduction de la T2A en France afin d'observer la situation qui préexistait avant la mise en place de nouvelles incitations (résumé d'auteur).

MInistére chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ?
STUDER (Nicolas)
C, S35/2
SERIE ETUDES ET RECHERCHES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES, n°114, 2012/03
In : Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ?
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud114-2.pdf
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x9InFI. Diffusion soumise à autorisation]. Après plusieurs décennies de forte croissance des dépenses de santé, l'efficacité de cette dépense fait l'objet d'une attention accrue. La description fine de l'activité de court séjour fournie par le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) permet d'analyser l'évolution de la performance économique des établissements de santé. Ce travail se propose ainsi de définir un indice de productivité globale construit à partir de l'estimation d'une fonction de production pour le secteur hospitalier public. Notre étude permet de conclure à une hausse de la productivité hospitalière en court séjour dans ce secteur entre 2003 et 2007 ainsi qu'à une réduction des écarts de productivité entre entités juridiques.

Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ?
STUDER (N.)
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA
S18
ECONOMIE ET STATISTIQUE, n°455-456, 2013/05
In : Systèmes de santé.
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=3967
Après plusieurs décennies de forte croissance des dépenses de santé, leur efficacité fait l'objet d'une attention accrue. La description fine de l'activité de court séjour fournie par le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) permet d'analyser l'évolution de la performance économique des établissements de santé. Ce travail se propose ainsi de définir un indice de productivité globale construit à partir de l'estimation sur la période 2003-2007 d'une fonction de production pour le secteur hospitalier public. L'indicateur d'activité retenu est la somme des séjours ou actes par groupe homogène de malades (GHM), pondérés par les coûts observés dans un échantillon hôpitaux en 2002-2003. Il s'agit donc essentiellement d'un indicateur d'activité, à qualité des soins supposée constante. On cherche à rendre compte de cette activité par la composition du personnel, ainsi que d'autres caractéristiques observables des établissements, dont la taille et un indice de plateau technique. L'indice de productivité correspond à la part de l'activité qui n'est pas expliquée par le niveau de ces différents facteurs explicatifs (résumé d'auteur).

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A.
BONASTRE (J.), JOURNEAU (F.), NESTRIGUE (C.), OR (Z.)
QES 186
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES), n°186, 2013/04
http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes186.pdf
Introduite en 2004-2005, la tarification à l'activité (T2A) permet de financer l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés afin d'améliorer l'efficience des établissements de santé et du secteur hospitalier. Pour autant, le suivi de l'impact de la T2A sur l'évolution de l'activité, de la productivité hospitalière et de la qualité des soins restait partiel à ce jour. Cette étude fournit de nouvelles données et analyses quantitatives permettant de répondre à différentes questions : la mise en place de la T2A a-t-elle permis d'accroître la productivité ? La structure de la production a-t-elle été modifiée ? Comment la qualité des soins a-t-elle évolué ?

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Surcoût des évènements indésirables associés aux soins à l'hôpital. Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients.
NESTRIGUE (C.), OR (Z.)
QES 171
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES), n°171, 2011/12
In : Surcoût des évènements indésirables associés aux soins à l'hôpital. Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients.
http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes171.pdf
Cette étude fournit de premières estimations nationales du coût de prise en charge d?une partie des événements indésirables associés aux soins qui surviennent à l?hôpital, en exploitant les données hospitalières collectées en routine. Neuf indicateurs de sécurité des patients, permettant d?identifier les événements indésirables nécessitant une attention particulière et sur lesquels il est possible d?intervenir en amont, ont été retenus. Les résultats montrent que 0,5 % des séjours hospitaliers sont associés à l?un ou l?autre de ces neuf événements indésirables. Il existe toutefois de fortes disparités de surcoûts, ceux-ci pouvant varier d?un peu plus de 500 ? pour les traumatismes obstétricaux à environ 20 000 ? pour les septicémies. Ces surcoûts sont étroitement corrélés avec la durée des séjours et l?intensité des soins. En 2007, le coût total de prise en charge de ces neuf événements indésirables est estimé à 700 millions d?euros, concentré à 90 % sur quatre événements indésirables (désordres physiologiques et métaboliques postopératoires, septicémies postopératoires, escarres et embolies pulmonaires postopératoires). Les événements indésirables examinés dans cette étude sont associés à une augmentation significative du coût et de la durée de séjour à l?hôpital. Cette question nécessite donc d?être explorée dans la
perspective d'améliorer la qualité des soins tout en renforçant le rapport coût-efficience des établissements.

Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Les méthodes d'ajustement dans les modèles d'évaluation de la mortalité hospitalière : Étude descriptive.
JANUEL (Jean-Marie)
C, S35/2
SERIE ETUDES ET RECHERCHES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES, n°112, 2011/11
In : Les méthodes d'ajustement dans les modèles d'évaluation de la mortalité hospitalière : Étude descriptive.
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud112-4.pdf
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xnC7I9. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport décrit les méthodes et modèles d'estimation et d'ajustement de la mortalité hospitalière identifiées dans la littérature. Il en ressort que, d'une manière générale, trois

questions méthodologiques majeures préoccupent les épidémiologistes, les chercheurs et les décideurs : premièrement, sur l'opportunité d'établir l'indicateur de mortalité hospitalière à partir de groupes de population de patients homogènes définis par des pathologies et/ou des procédures médicales/chirurgicales cibles ; deuxièmement, sur le type d'approche analytique et de l'intérêt de prendre en compte plusieurs niveaux dans l'analyse statistique ; enfin troisièmement, sur le choix des variables d'ajustement permettant de contrôler les différences de case-mix entre plusieurs établissements ou groupes de patients pour réaliser des comparaisons.

De la mesure de la performance au pilotage stratégique.
NOBRE (Thierry)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°520, 2012/11
In : Séminaire. Chaire Management des organisations de santé - EHESP-IDM. Le tableau de bord prospectif : où en est l'hôpital ?
[BDSP. Notice produite par EHESP CG7R0xsj. Diffusion soumise à autorisation]. Le Balanced Scorecard (BSC), ou tableau de bord prospectif (TBP) a connu un très vif succès parmi les techniques de management et outils de gestion. Développé au début des années 90, il a suscité de nombreux débats, dont le premier concerne la nature même de l'outil. Deux phases principales peuvent être définies : un approfondissement de la mesure de la performance ; une instrumentation du pilotage stratégique.

La satisfaction du patient hospitalisé. Les logiques de contribution.
MERDINGER-RUMPLER (Caroline)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°519, 2012/10
In : Séminaire. Chaire Management des établissements de santé EHESP-IDM. Marketing hospitalier. Oxymore, gros mot ou nécessité ?
[BDSP. Notice produite par EHESP DGR0xp99. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis l'ordonnance du 24 avril 1996, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et celle du 13 août 2004 instaurant la Haute-Autorité de santé, les établissements de santé ont dû approfondir la connaissance de leurs publics pour adopter en conséquence activités et prestations. Les dispositifs adoptés se fondent essentiellement sur deux types d'outils de mesure de la satisfaction des patients : le questionnaire de sortie et l'enquête de satisfaction.

How well do diagnosis-related groups for appendectomy explain variations in resource use ? An analysis of patient-level data from 10 european countries.
MASON (A.), OR (Z.), RENAUD (T.) , STREET (A.) , THUILLIER (J.), WARD (P.)
C, R1893
HEALTH ECONOMICS, vol. 21 n°suppl. 2, 2012/08

Diagnosis Related Groups and variations in resource use for child delivery across 10 European countries.
OR (Z.), RENAUD (T.) , THUILLIER (J.), LEBRETON (C.)
C, R1894
HEALTH ECONOMICS, vol. 21 n°suppl. 2, 2012/08

How well do diagnosis-related groups explain variations in costs or length of stay among patients and across hospitals ? Methods for analysing routine patient data.
STREET (A.) , KOBEL (C.) , RENAUD (T.) , THUILLIER (J.)
C, R1892
HEALTH ECONOMICS, vol. 21 n°suppl. 2, 2012/08

Causes of inappropriate hospital days: development and validation of a French assessment tool for rehabilitation centres.
PAILLE-RICOLLEAU (C.),LEUX (C.),GUILE (R.),ABBEY (H.),LOMBRAIL (P.),MORET (L.)
c, en ligne
INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE, vol. 24 n°2, page(s) 121-128, 2012/04

Usagers : quelle place dans le système de santé ? Spécial Hôpital Expo 2012.
ARCOS (Cédric), LE VOYER (Anne-Claude), FRATTINI (Marie-Odile), et al.
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°545, 2012/03-04
[BDSP. Notice produite par EHESP FR0x788A. Diffusion soumise à autorisation]. A l'occasion de la période anniversaire de la loi du 4 mars 2002 consacrée aux droits du malade, ce dossier fait le point sur l'évolution de la place des usagers au sein des établissements de santé. La Fédération Hospitalière de France revient sur les résultats de son enquête menée auprès de 2500 établissements de santé ainsi que sur ses propositions concrètes au travers de sa plateforme politique 2012-2017. Deux établissements (AP-HP, CHRU de Lille) présentent également leurs démarches et outils mis en oeuvre afin de mieux intégrer la parole de l'usager. Enfin, un point particulier est consacré à la problématique de la place de l'usager dans l'évaluation des dispositifs de soins palliatifs.

Histoire d'un hôpital et de ses usagers : une histoire coécrite.
DELABY (Sandrine), PICAULT (Dominique)
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°545, 2012/03-04
In : Usagers : quelle place dans le système de santé ? Spécial Hôpital Expo 2012.
[BDSP. Notice produite par EHESP R0xn8oBH. Diffusion soumise à autorisation]. Le CHRU de Lille intègre les usagers dans ses réflexions stratégiques depuis de nombreuses années. En 2003, il innove en créant le premier jury citoyen hospitalier. Puis, il fonde le projet d'établissement 2004-2008 autour de valeurs communes aux usagers et professionnels de santé. Aujourd'hui, ces liens tissés sur la durée portent leurs fruits : de forum en jury, de "focus groupes" en rencontres, le CHRU de Lille a permis l'émergence d'usagers/acteurs au service de l'amélioration des prises en charge.

Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ?
BRAS (P.L.)
P168
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE , n°35, 2012
In : Performance et santé.
La tarification à l'activité adresse aux établissements de santé une incitation puissante à rechercher la performance économique. Celle-ci est mesurée et sanctionnée. Il est à craindre que la focalisation sur les résultats économiques incitent les équipes de direction et les autorités de tutelle à privilégier l'exigence économique au regard des exigences de qualité. Il est donc nécessaire de se donner les moyens de mesurer et de gérer la performance qualité des établissements au même titre que leur performance économique. Cette démarche est engagée à l'étranger. La France en ce domaine souffre d'un certain retard. Il importe de le combler pour équilibrer le système de gestion de l'hôpital. Par ailleurs, mesurer et gérer la qualité permet d'informer les patients et contitue un élément de motivation des équipes à améliorer leurs pratiques (résumé de l'éditeur).

Les déterminants de la rentabilité économique des établissements de santé.
EVAIN (F.), YILMAZ (E.)
P192
ECONOMIE PUBLIQUE, n°28-29, 2012

L'objet de cette étude est d'identifier les déterminants de la rentabilité et, par là, de comprendre l'hétérogénéité des situations financières des établissements de santé à travers une approche multi-variée, en intégrant des facteurs structurels (activités, facteurs de production) et contextuels. Plusieurs sources, à la fois comptables, administratives et médicales ont été mobilisées. L'échantillon retenu est constitué d'hôpitaux publics et de cliniques privées à but lucratif ayant une activité de court séjour entre 2005 et 2009 ; Les résultats mettent en évidence, outre l'importance des facteurs organisationnels (taux d'occupation des lits, durée de séjour, quantité de personnel), l'impact de la spécialisation sur la performance économique.

MICHEL (Philippe), MINODIER (Christelle), ROBERTS (Tamara)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris.
Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2011/05
N° 761
Pages : 8p.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er761.pdf
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 7oR0xljp. Diffusion soumise à autorisation].
L'enquête sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS) rééditée en 2009 montre que la fréquence des événements indésirables graves (EIG) survenus pendant l'hospitalisation est de 6,2 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation (9,2 en chirurgie et 4,7 en médecine), soit environ un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits. Par ailleurs, 4,5% des séjours étaient causés par un EIG, dont 2,6% par un EIG évitable. Les EIG survenant pendant l'hospitalisation sont le plus souvent associés aux actes invasifs et les EIG à l'origine d'admissions, aux produits de santé. L'enquête ENEIS montre également que les patients âgés et fragiles sont plus exposés aux EIG évitables, suggérant des pistes d'action ciblées sur certaines catégories de la population. Enfin, une étude complémentaire portant sur l'acceptabilité des risques en population générale et chez les médecins montre que les EIG sont mieux acceptés par les médecins, qui ont une meilleure connaissance des risques. Cette étude contribue à interroger les dispositifs d'information et les réponses institutionnelles pour réduire les risques à un niveau acceptable.

LELEU (H.), CAPUANO (F.), COURALET (M.), NITEMBERG (G.), CAMPOS (A.), MINVIELLE (E.)
Développement et utilisation des indicateurs de qualité des soins : un nouveau domaine de recherche en management des organisations de santé. L'exemple du projet COMPAQ-HPST.
Developing and Using Quality Indicators in French Health Care Organisations : A new area of health services and management research. Lessons from the COMPAQ-HPST Project.
2ème journée du Management Hospitalier Strasbourg. Novembre 2010.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2011/01-03
Vol : 29 : n°: 1-2 Pages : 37-46, tabl., fig.
[BDSP. Notice produite par ORSRA Bn7qlR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cet article est de décrire le processus d'intégration des indicateurs de qualité des soins dans le domaine du management des organisations de santé.

VERGNENEGRE (Alain), DESPIAU (Frédéric), BOMBAIL (Marie), ASTEX-BAILLET (Denise), SCAL (Claude), CANAL (Pierre), MARTINEZ (Fabien), MONTAGNE (Brigitte), LECLERT (Jérémy), GRENOUILLEAU (Marie-Christine), RYMER (Roland), BODIN (Luc), GIRAULT (Denis), LINDOULSI (Corinne), BENALI (Françoise), et al.

Dossier. La performance.
GESTIONS HOSPITALIERES
2011/01
n°: 502 : Pages : 15-43
Cote Irdes : C, P67
[BDSP. Notice produite par EHESP Go8nR0x9. Diffusion soumise à autorisation]. Jusqu'où peut aller la recherche de la performance ? La course à l'activité ne sera pas la réponse à l'objectif d'équilibre des comptes hospitaliers. Dans une enveloppe fermée, elle conduit à la baisse des tarifs, à la segmentation et à la multiplication des actes non pertinents. Il peut donc y avoir confusion, ou plutôt opposition, entre la recherche de la performance économique et la quête de la qualité, voire de l'opportunité des soins. Au sommaire du dossier : Tarification à l'activité : jusqu'où peut-on aller ? - Dossier de soins informatisé : stratégies de déploiement - Organisation : optimiser la demande d'imagerie diagnostique - Fonction publique hospitalière : le règlement des frais de déplacement - Dossier patient : une informatisation clinique réussie - Médecine légale : coût des autopsies et des levées de corps.

MICHEL (Philippe), MINODIER (Christelle), LATHELIZE (Monique), MOTY-MONNEREAU (Céline), DOMECQ (Sandrine), CHALEIX (Mylène), IZOTTE-KRET (Marion), BRU-SONNET (Régine), QUENON (Jean-Luc), OLIER (Lucile)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé : résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004.
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)
2010
Vol : : n°: 17 Numéro spécial : : Pages : 18p., tabl., graph., annexes
Cote Irdes : C, S19
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE AR0xH7IA. Diffusion soumise à autorisation]. En 2009,374 EIG ont été identifiés au cours de l'enquête, dont 214 sont survenus au cours de l'hospitalisation et 160 sont à l'origine d'une hospitalisation. Globalement, les résultats de 2009 sont proches de ceux de 2004. La stabilité des indicateurs sur la période étudiée ne permet toutefois pas de conclure à l'absence de changements en termes de culture de sécurité et de comportements des acteurs du système de santé, lesquels ne sont pas mesurés par les indicateurs. Elle ne signifie pas non plus absence de résultats des actions entreprises : d'une part, les indicateurs utilisés ne sont pas adaptés pour mesurer l'impact d'actions sectorielles ; d'autre part, l'évolution des modes de prises en charge (complexité des actes) et de prescription sur la période étudiée aurait en effet pu augmenter les risques et la fréquence des EIG.

OR (Z.) , RENAUD (T.)
Impact du volume d'activité sur les résultats de soins à l'hôpital en France.
REVUE D'ECONOMIE PUBLIQUE
2010/11
n°: 24-25 2009/1-2 : Pages : 187-219
Cette étude contribue à la littérature sur le lien entre le volume d'activité et les résultats de soins en exploitant pour la première fois les données hospitalières françaises à l'échelle nationale. Elle teste l'existence et l'ampleur de la corrélation volume-résultats afin de répondre à une question majeure pour l'organisation des soins hospitaliers : est-ce que les résultats de soins sont meilleurs dans les établissements lorsque l'activité consacrée à ces soins est plus élevée ? Les résultats montrent que le volume d'activité constituerait un bon critère de régulation pour améliorer les résultats dans certains domaines mais qu'il y aurait peu de bénéfice à concentrer l'activité hospitalière au-delà d'un certain point.

GERBER (S.L.)

Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Paris. FRA
Y a-t-il des marges d'efficience à l'hôpital ?
NOTE DE VEILLE (LA)
2010/06
N° : 181
Pages : 12p., fig.
Le chef de l'État a fixé à tous les hôpitaux publics un objectif de retour à l'équilibre financier d'ici à 2012. Cette perspective impose une forte contrainte d'efficience aux établissements hospitaliers, en particulier aux grands centres comme ceux de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Cette contrainte sera exacerbée par la nécessité de s'adapter à l'évolution des besoins de santé de la population (vieillissement, augmentation des pathologies chroniques, démographie médicale en baisse). Le plan Hôpital 2012 lancé en 2007 ainsi que la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009 s'inscrivent déjà dans cette recherche d'efficience accrue. On est fondé à penser qu'ils ne seront pas suffisants au vu des contraintes qui pèsent sur les hôpitaux. Des travaux sur les évolutions françaises passées et des expériences menées à l'étranger dessinent cependant des pistes. La redéfinition du périmètre de l'hôpital et l'évitement des hospitalisations non pertinentes (développement des alternatives à l'hospitalisation, du secteur médicosocial, meilleure régulation des urgences) ainsi qu'une conduite raisonnée des recompositions hospitalières permettraient de conjuguer qualité des soins et économies. Ces éléments mériteraient d'être confortés par des études et données complémentaires. Sur le plan organisationnel, même s'il est encore tôt pour identifier l'impact des réformes récemment engagées sur l'efficience, on pourrait : déterminer le mode de développement souhaité pour la chirurgie ambulatoire ; améliorer la permanence des soins (par exemple en encourageant la pratique de l'exercice regroupé des professionnels de santé) afin de désengorger les urgences hospitalières ; mettre en place des outils de pilotage des recompositions hospitalières ; conditionner la conduite des fusions hospitalières à l'existence d'un projet médical fort et explicite ; préciser les conditions de coordinations entre les ARS et les Conseils généraux dans le domaine médicosocial ; encourager le développement à l'hôpital de modes d'organisation accueillants pour les personnes âgées.
http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/NoteVeille181_hopital.pdf

GRIMALDI (A.), MARANGE (V.), BOUCHET (O.) et al.
La place du patient : dossier.
PRATIQUES : LES CAHIERS DE LA MEDECINE UTOPIQUE
2010/04
N° : 49
Plus on parle de la place théorique du patient dans le système de soins et plus la réalité met en évidence le recul de ses droits réels. En témoignent dans ce dossier patients, soignants, mais aussi observateurs et chercheurs qui s'interrogent au chevet de notre système de santé. De multiples réformes se sont succédées durant les trente dernières années sans que les acteurs aient le recul ni la visibilité suffisants pour s'y retrouver. de la fermeture des hôpitaux publics de proximité aux créations d'usines de réparation laissant une large part aux entreprises privées, des progrès thérapeutiques à la responsabilisation, voire la culpabilisation des patients, de multiples enjeux se révèlent derrière des dispositifs de plus en plus contraignants et inégalitaires. Les patients seraient-ils mes grains de sable qui contrarient la bonne marche de la machine à soigner ? Les soignants ne se retrouvent plus dans des missions qui les éloignent de leurs valeurs et, à terme, de leurs compétences. Il est donc urgent de redéfinir des places pour chacun qui redonnent à ces lieux leur fonction : soigner (4e de couverture).

OR (Z.) , RENAUD (T.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Quel lien entre volume d'activité des hôpitaux et qualité des soins en France ?
Paris : Irdes

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)
2009/12
N° : 149
Pages : 1-6
Bien que la concentration de l'activité dans de grandes structures hospitalières soit souvent présentée comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, aucune étude, à ce jour, ne vérifie le lien entre volume d'activité et qualité des soins en France. Cette étude fournit des éléments quantitatifs nouveaux sur la relation entre volume et résultats des soins en exploitant les données hospitalières françaises. Pour six prises en charge hospitalières sur les huit étudiées, les résultats montrent que la probabilité de réadmission et de mortalité est plus élevée dans les établissements à faible volume d'activité. L'impact du volume sur les résultats diffère selon la technicité des soins et semble s'atténuer au fur et à mesure que l'activité augmente. L'intensité de la relation entre le volume et les résultats varie d'une intervention à l'autre mais ce lien n'est linéaire pour aucune prise en charge. Le volume d'activité constituerait donc un levier d'action pour améliorer les résultats dans certains domaines, mais il y aurait peu de bénéfice à concentrer l'activité au-delà d'un certain point.
http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes149.pdf

JANUEL (Jean-Marie)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA, Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Développement d'indicateurs de la sécurité des soins (PSI) à partir des bases de données médico-administratives hospitalières : évaluation et validation d'une sélection d'indicateurs.
SERIE ETUDES ET RECHERCHE - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2009/07
N° : 93
Pages : 28p.
Cote Irdes : C, S35/2
Les Patient Safety Indicators (PSI) sont des indicateurs de la sécurité des patients construits sur la base d'algorithmes de codes CIM (diagnostics médicaux) et de codes CCAM (actes médicaux) issus de la base du PMSI. Le projet de développement de ces PSI en France repose sur trois objectifs majeurs : - Estimer, dans le cadre d'une collaboration au projet Health Care Quality Indicators (HCQI) de l'OCDE, les PSI dans la base nationale du PMSI en utilisant les codes CIM-10 adaptés par un consortium international ; - Valider selon différentes approches une sélection de ces PSI ; - Adapter au contexte français cette sélection de PSI en améliorant la structure de leurs algorithmes de construction. La première étape d'estimation des PSI dans la base nationale du PMSI pour les années 2005 et 2006 a été réalisée sur l'année 2008. Les résultats ont montré la faisabilité des PSI en utilisant les bases de données médico-administratives hospitalières en France et a mis en évidence un certain nombre de limites à leur utilisation. Aussi, les résultats obtenus ont pu être comparés avec ceux d'autres pays. Avant de proposer leur usage en routine, une étape de validation des PSI demeure néanmoins nécessaire. Cette deuxième partie du projet est en cours. Le projet HCQI a pour ambition de produire un rapport proposant un panorama des systèmes de santé des pays de l'OCDE basé sur la présentation des résultats d'une cinquantaine d'indicateurs collectés (dont les PSI) si possible annuellement par les pays participants.
http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud93.pdf

BERARD (E.), GLOANEC (M.), MINVIELLE (E.)
Usages des indicateurs de qualité en établissement de santé.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2009/01-03
Vol : 27 N° : 1-2
Pages : 5-20, rés., tabl.
Actuellement les indicateurs de qualité se multiplient au sein des établissements de santé. Au niveau national, les régulateurs de soins souhaitent en généraliser l'usage, dans le cadre

de procédures de traitement annuelles avec publication de résultats comparatifs. Ainsi que nous l'expliquons, les indicateurs sont associés à une "doctrine d'usage" : ils sont censés produire certains effets. Pour les régulateurs de soins, les indicateurs qualité ont vocation à être utilisés comme outils de reporting, permettant d'avoir une vue d'ensemble de la situation des établissements de santé. Pour les établissements, les indicateurs ont vocation à être utilisés comme des supports pour le diagnostic et pour l'action, dans un objectif d'amélioration de la qualité. La question à laquelle cet article s'intéresse est de savoir quelles sont les pratiques d'usage de ces indicateurs, au sein des établissements de santé. L'article cherche à établir si les outils font l'objet d'une pratique bureaucratique, ou bien d'un usage à des fins de pilotage pour l'action. Les résultats de l'étude de cas font apparaître que les mêmes indicateurs peuvent faire à la fois l'objet d'un usage bureaucratique, et être effectivement utilisés de manière opérationnelle par l'établissement. Par ailleurs, il est difficile de déterminer quel rôle joue l'utilisation des indicateurs par les pouvoirs publics. Enfin, la légitimité de l'indicateur comme artefact ne détermine pas l'usage qui sera fait de cet outil de gestion. En revanche, il semble que la nature des résultats obtenus constitue une incitation directe à l'action de la part des établissements.

OR (Z.), COM-RUELLE (L.)
La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2008/10-11
Vol : 26 N° : 6-7
Pages : 371-385
Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Malgré sa réputation « de meilleur système de santé dans le monde », selon l'OMS, la France est en retard sur l'étude de la qualité des soins. Il n'existe pas à l'heure actuelle de système d'information permanent sur la qualité et la sécurité des soins et les données demeurent partielles, contradictoires et difficilement accessibles. Afin d'obtenir une image globale des problèmes de qualité de soins et développer des stratégies pour l'améliorer, il est important de recueillir des données de manière systématique et sur une base nationale cohérente. Cet article fournit une vue d'ensemble des données disponibles sur la qualité de soins en France en suivant le cadre d'analyse et les recommandations internationales pour mesurer la qualité. En comparant la situation de la France à celles d'autres pays développés, elle vise également à identifier les lacunes et les points forts du système actuel pour améliorer la gestion de la qualité des soins.

GARDEL (C.), MINVIELLE (E.)
Évaluation des pratiques professionnelles, certification et performance hospitalière.
Journée Régionale d'Évaluation des Pratiques Professionnelles.
Lyon. FRA
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2008/07
Vol : 26 N° : 4
Pages : 190-194, tabl.
Les professionnels des établissements de santé sont concernés par plusieurs dispositifs réglementaires en matière d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). La procédure de Certification des établissements de santé demande aux établissements de mener des actions d'évaluation à travers 215 critères sur : la pertinence des hospitalisations et des actes, la sécurité des processus de soins, les modalités de prise en charge des pathologies et problèmes de santé. Dans toutes ces actions, le développement des indicateurs est préconisé, l'objectif étant à terme d'intégrer des indicateurs de qualité dans la procédure de certification. Le projet de recherche COMPAQH (Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière) a pour objectif de concevoir et valider des indicateurs de performance en matière de qualité des soins.

CONTANDRIOPOULOS (A.P.), LE PEN (C.) , BELAND (F.) , COULOMB (A.)
Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA
"Le privé concilie mieux que le public performance économique et qualité" : Tables rondes sur les idées reçues.
Maîtrise des dépenses de santé ou qualité : faut-il choisir ? Actes du 2e forum franco-québécois sur la santé. Paris - Mars 2007.
SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS
2008/06
Vol : N° : 2/2007 Numéro spécial :
Pages : 43-57, 3 fig.
Les tables rondes permettent d'analyser une idée reçue sous ses différentes manifestations et de débattre de ses fondements. Les intervenants de cette table ronde ont commenté les aspects particuliers des trois idées reçues : Le secteur privé, soumis à la double pression de ses investisseurs et de sa "clientèle" est obligé de présenter des résultats sur les deux plans ; La concurrence est nécessaire pour améliorer la qualité ; Le privé provoque des inégalités d'accès et une médecine "à deux vitesses".

SAILLOUR-GLENISSON (F.), PREAUBERT (N.), RUMEAU-PICHON (C.), MICHEL (P.)
Le coût de la non-qualité dans les établissements de santé.
La santé en échecs.
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2008
N° : 20
Pages : 85-96
Cote Irdes : P168
Cette étude a pour objectif de sensibiliser les professionnels des établissements de santé à la dimension économique de la qualité, de fournir des informations sur le coût de la qualité et de la non-qualité et de proposer des fiches ourils opérationnelles de mesure du coût de la non-qualité et de la qualité. A partir d'une revue approfondie de la littérature, on a identifié les défauts de qualité les plus fréquents et recensé les données de coûts de non-qualité disponibles. Pour pallier le manque d'information sur le coût de la non-qualité, des fiches outils opérationnelles ont été construites, ciblées sur quatre domaines d'application principaux que les établissements sont incités à utiliser dans le cadre d'une politique qualité orientée sur les interventions ayant le meilleur impact médico-économique (résumé auteur).

39517
FASCICULE
COM-RUELLE (L.) , OR (Z.) , RENAUD (T.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ? Enseignements de la littérature.
Paris : Irdes
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)
2008/09
N° : 135 Pages : 4p.
Cote Irdes : QES 135
Si la concentration de l'offre de soins hospitaliers est souvent présentée comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, le sens de la relation entre volume d'activité et qualité des soins fait toujours débat. La revue systématique de la littérature menée par l'IRDES montre que pour certaines procédures et interventions, en particulier pour la chirurgie complexe, la possibilité d'améliorer la qualité des soins lorsque le volume d'activité augmente est réelle. L'effet d'apprentissage au niveau individuel (chirurgien) mais aussi au niveau de l'hôpital (transfert de connaissances, mode d'organisation) semble expliquer une grande partie de cette corrélation. Mais dans certains cas, l'hypothèse alternative du « renvoi sélectif », selon

laquelle les patients sont orientés vers les hôpitaux ayant de meilleurs résultats, ne peut être réfutée. Ce lien de causalité entre volume et qualité doit par ailleurs être nuancé : les résultats sont sensibles à la nature des procédures et interventions analysées ainsi qu'aux seuils d'activité retenus. Plus l'intervention est spécifique et complexe, plus la corrélation volume-qualité est affirmée. Pour la plupart des interventions, il n'existe pas de seuil d'activité unanimement accepté. De plus, certaines études montrent que la relation volume-qualité devient marginale au-delà d'un seuil qui peut être relativement bas.
http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes135.pdf

39297
ARTICLE
ROMAN-RAMOS (Paule)
Analyse des pratiques professionnelles. Un cas repéré dans une unité de soins hospitalière.
De performance en performance.
GESTIONS HOSPITALIERES
2008/04
N° : 475
Pages : 246-254
Cote Irdes : C, P67
L'analyse des pratiques professionnelles constitue le second versant de la procédure d'accréditation à laquelle doivent se soumettre les établissements de santé. En partant d'un exemple d'analyse d'une pratique professionnelle observée dans une unité de soins hospitalière, l'auteur apporte des éléments d'aide méthodologique, clarifiant ce que l'on entend par activité, pratique et tâche, concepts avec lesquels les professionnels de santé doivent composer. En s'attachant à une pratique développée par la formation continue des professionnels concernés, l'auteur invite à réfléchir sur la problématique récurrente du transfert et de la transposition des formations dans les pratiques professionnelles situées.
HOPITAL, PRATIQUE MEDICALE, PRATIQUE PROFESSIONNELLE, SOINS INFIRMIERS,

38535
FASCICULE
CORDIER (Marie)
Hôpitaux et cliniques en mouvement : changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2008/04
N° : 633
Pages : 8p., tabl., graph.
Les établissements de santé sont confrontés à des évolutions majeures à la fois dans la planification sanitaire, dans leur mode de financement et pour les hôpitaux publics, dans leur organisation interne. En 2007, 95% des établissements appartiennent à un réseau, partenariat ou structure de coopération. Les partenariats pour hospitalisation ou pour soins infirmiers à domicile ont doublé en quatre ans (60% en 2007 contre 30% en 2003). Ces quatre dernières années, 70% des établissements ont modifié la prise en charge des patients avec l'augmentation de l'activité ambulatoire et 80% ont développé les activités transversales telles que la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er633.pdf

MUNOZ (Jorge), BERTRAND (Dominique), RAYMOND (Adeline)
Conditions de travail et accréditation : incidences dans l'activité de travail des professionnels de santé.
SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2007/07
N° : 112

Pages : 116p., tabl., annexes
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE t5KQR0xA. Diffusion soumise à autorisation]. La procédure d'accréditation, à présent conduite par la Haute autorité de santé, a pour objectif de s'assurer que les établissements développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. Elle doit permettre une meilleure maîtrise de la gestion de l'hôpital et, le cas échéant, aboutir à une modification des conduites des professionnels des établissements de santé. Cette étude mesure l'incidence de la mise en place de l'accréditation sur les conditions de travail de différents acteurs des établissements de santé.
http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat112.pdf

MERDINGER RUMPLER (C.)
Satisfaction du patient : un état des pratiques des hôpitaux publics français.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2006/11-12
Vol : 24 N° : 7-8 :
Pages : 349-361, rés., tabl.
[BDSP. Notice produite par ORSRA AkR0x9l5. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article explore la façon dont les hôpitaux publics français répondent à l'obligation de prise en compte de la satisfaction du patient contenue dans l'ordonnance du 24 avril 1996. Une enquête nationale réalisée auprès des hôpitaux publics de plus de cent lits avant la mise en place de la deuxième version de l'accréditation qualité fait le point sur l'état des pratiques dans ce domaine. Les résultats montrent un intérêt croissant des établissements pour ce thème. Si les méthodologies adoptées sont très homogènes et reposent essentiellement sur la diffusion du questionnaire de sortie et la réalisation d'enquêtes de satisfaction, les outils sont hétérogènes puisque chaque hôpital a tendance à les développer en interne. Ceci met en cause la validité de leurs résultats et empêche la comparaison inter-établissements. Nous constatons par ailleurs une distanciation marquée du corps médical par rapport à la prise en compte et au suivi de la satisfaction du patient ainsi qu'une faible utilisation des informations produites pour les décisions et les actions effectivement mises en oeuvre par les hôpitaux. (Résumé d'auteur).

DAUCOURT (V.), DOMECQ (S.), MICHEL (P.)
Les établissements de santé sont-ils égaux devant la procédure d'accréditation ?
REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE
2006/10
Vol : 54 N° : 5 :
Pages : 463-468, fig., tabl.
[BDSP. Notice produite par ORSRA a1e8R0x5. Diffusion soumise à autorisation]. Les objectifs de cette étude étaient, d'une part, de déterminer les caractéristiques des établissements associées aux résultats de la procédure d'accréditation et, d'autre part, d'identifier les références et critères du manuel d'accréditation les plus souvent relevés par le Collège d'Accréditation pour les établissements ayant complété la première procédure d'accréditation. L'analyse a porté sur l'ensemble des établissements accrédités pour lesquels un compte rendu d'accréditation avait été publié sur le site web de la Haute Autorité de Santé. La date de point des inclusions était le 16 février 2006. Les facteurs étudiés étaient les suivants : le statut de l'établissement, l'activité principale de l'établissement, sa taille, l'année du premier compte-rendu d'accréditation, la répartition géographique.

DUCLOS (A.), TRINQUART (L.), WOSZTO (V.), KARANFILOVIC (C.), CHATELLIER (G.)
Du PMSI à la gestion des pôles : une analyse critique sur l'Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IP-DMS).
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2006/03
Vol : 24 N° : 2

Pages : 71-82, rés., tabl., fig.
[BDSP. Notice produite par ORSRA Hq8YR0x1. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : Démontrer la nécessité de valider une approche comparative sur l'IP-DMS, avant d'utiliser cet indicateur pour fixer des objectifs de performance contractualisés aux pôles d'un Centre Hospitalier Universitaire français. Méthode : Nous avons suivi une séquence d'approche simple comprenant trois étapes : 1-Identification d'un GHM traceur (GHM 04M13Z - oedème pulmonaire et détresse respiratoire), 2-Estimation du nombre de journées théoriquement puis réellement perdues sur ce GHM pour l'année 2004,3-Caractérisation de ses principales filières de prises en charge. A partir des informations extraites de la base PMSI de l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) et des statistiques par GHM de la base PMSI nationale, nous avons effectué des comparaisons sur une batterie de variables médico-économiques (résumé d'auteur).

MINVIELLE (Etienne)
Classement des hôpitaux : jusqu'où ?
Qualité, indicateurs, benchmarking.
34e congrès de la Fédération internationale des hôpitaux : 2005/09/20-22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2005/07-08
N° : 505
[BDSP. Notice produite par ENSP R0xBvRSo. Diffusion soumise à autorisation]. Le classement des hôpitaux est un sujet sensible et complexe. Sensible car il renvoie à des débats de société souvent médiatisés dans lesquels professionnels, politiques, citoyens/usagers/patients expriment des attentes différentes. Complexe car la notion de classement est elle-même ambiguë : doit-on y voir un rangement du premier au dernier ou des catégories distinguant des "bons" et des "mauvais" ? Doit-on classer l'hôpital dans son ensemble ou distinguer des thèmes spécifiques ? En outre, l'objectif poursuivi n'est pas univoque. Il est fréquent d'associer le classement à une diffusion publique de l'information. Mais un classement peut aussi s'inscrire dans des démarches où seul l'établissement connaît son positionnement. Dans le cas d'une diffusion publique de l'information, il est habituel d'y associer une vertu de transparence. Mais n'y a-t-il pas d'autres effets de cette diffusion publique ?

GRENIER-SENNELIER (C.), CORRIOL (C.), DAUCOURT (V.), MICHEL (P.), MINVIELLE (E.)
Développement d'indicateurs de qualité au sein des établissements de santé : le projet COMPAQH.
REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE
2005/09
Vol : 53 N° : 1
Pages : 1S22-1S30, tabl.
[BDSP. Notice produite par MRPS 60R0xxjm. Diffusion soumise à autorisation]. Le projet COMPAQH - COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière - coordonné par l'Institut national de la santé et de la recherche médical, a pour objectif de sélectionner une batterie d'indicateurs de la qualité de la prise en charge du patient par les établissements de santé, afin de les tester et de les valider. Les indicateurs sélectionnés associent majoritairement des mesures de processus à des mesures de résultats. Le principal critère de sélection est la faisabilité du recueil de données.

BAUBEAU (D.) , PEREIRA (C.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Mesure de la performance dans le domaine de la santé.
Etudes diverses.
Paris : La Documentation française

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE
2004/07-09
N° : 3
Pages : 47-56, 3 tabl.
Pourquoi et comment mesurer la performance dans le domaine de la santé ? Si cette question du " pourquoi de la mesure " s'avère évidente car légitime, il est plus difficile de donner une seule et unique réponse à la question ; " comment la mesurer " ? En effet, il s'agit là d'une entreprise difficile qui fait écho à la complexité des déterminants de santé, à la multiplication des intervenants ainsi qu'à la nécessité de procéder par comparaison. Quel est le champ considéré ? Parle-t-on du système de santé avec l'ensemble de ses composantes, du seul système de soins ou encore du système hospitalier ? Cette étude met en évidence cette difficulté en présentant à la fois des travaux de l'OMS qui aboutissent à des indicateurs de performances " globales " permettant un classement des systèmes de santé par pays, mais également des programmes menés au niveau européen (projet " ECHI " [Europen Community Health Indicators] ou Euroreves) et les travaux menés par la Drees sur la performance des établissements de soins (résumé d'auteur).
http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200403.pdf

AMAR (L.), BACHIMONT (J.), BREMOND (M.), GHADI (V.), LETOURMY (A.), NAIDITCH (M.), SCHAETZEL (F.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Une approche expérimentale de consultation des usagers sur les informations relatives à l'hôpital.
ETUDES & RESULTATS
N°115 ; 2001/05
Pages : 4p., tabl., graph., fig.
Un ensemble de travaux a été engagé depuis deux ans sous l'égide de la DREES par un groupe d'experts pour réfléchir à un cadre scientifique approprié d'analyse de la performance de l'hôpital et proposer des méthodes et des indicateurs utilisables et pertinents. Pour que cette mise au point ne s'appuie pas uniquement sur des points de vue d'experts, ce groupe a également exploré la manière dont les usagers perçoivent la notion de performances hospitalières et leurs attentes en matière d'informations sur le sujet.

MICHEL (P.), QUENON (J.L.), DE SARASQUETA (A.M.), SCEMAMA (O.)
Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. (C.C.E.C.Q.A.). FRA, Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA / com.
Étude pilote pour l'estimation du risque iatrogène dans les établissements de santé en France. Rapport final - Tome 1. Annexes au rapport final - Tome 2.
SERIE ETUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2003/11
Vol : N° : 39 :
Pages : 2vol. (63 ; 219p.), tabl., graph., ann.
[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xzQ61Q. Diffusion soumise à autorisation]. La Direction générale de la santé et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ont souhaité la réalisation d'une étude pilote, avec l'appui de la DREES, sur la mesure du risque iatrogène dans la région Aquitaine. Le but de cette étude était de comparer plusieurs méthodes (prospective, rétrospective et transversale) de mesure du risque et de faire des recommandations pour l'enquête nationale. Les trois méthodes ont été appliquées à un même échantillon de patients. Le coût total de chaque méthode a été calculé. L'acceptabilité, en termes de charge de travail et de crédibilité des résultats de chaque méthode, a été appréciée lors de séances de restitution des résultats dans les services

participants. Le tome 1 présente la méthodologie et les résultats. Les annexes (questionnaires, guide de remplissage, supports de formation...) figurent dans un tome 2.

BOYER (L.), ANTONIOTTI (S.), AUQUIER (P.)
Centre Hospitalier Universitaire de Marseille. (C.H.U.). Marseille. FRA
Évaluation de la satisfaction des patients : quels enjeux ?
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2003/11-12
Vol : 21 N° : 7-8
Pages : 445-447
[BDSP. Notice produite par ORSRA ESkUmR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Compte-tenu de la difficulté à mesurer les résultats des soins, la solution actuelle est de remplacer les résultats par la satisfaction des patients. Ceci est notamment illustré par la procédure d'accréditation. Mais la satisfaction du patient reflète le vécu des soins, donc l'image créée autour du soin, et non la qualité du soin lui-même. Le fait de lutter contre l'asymétrie informationnelle entre les patients et les prestataires de soins notamment grâce au développement de la culture médicale et une meilleure information du malade devrait permettre de réduire la subjectivité de la satisfaction.

BORGES DA SILVA (G.)
La qualité des soins en hôpital psychiatrique : revue de la littérature et perspectives.
SANTE PUBLIQUE
2003/06
Vol : 15 N° : 2
Pages : 213-222
[BDSP. Notice produite par ENSP yK5lR0xI. Diffusion soumise à autorisation]. Dans les établissements hospitaliers, l'existence de référentiels de bonne pratique pourrait permettre de construire un plan cohérent d'amélioration de la qualité des soins. Une requête sur les bases bibliographiques francophones montre une faible fréquence de publications d'audit interne sur la pertinence de soins. Pourtant notre expérience d'autre externe montre l'intérêt de l'évaluation de la qualité des soins en hôpital psychiatrique. Nos études constatent le non respect fréquent des règles d'utilisation des psychotropes et l'importance de l'exposition aux risques iatrogènes des patients. Il existe un hiatus entre la richesse des référentiels et leur faible utilisation par les établissements, dans les plans d'amélioration de la qualité et donc dans les publications des professionnels concernés. L'analyse de la pertinence de la décision médicale est peu acceptée. La pratique clinique est considérée comme un art alors qu'elle est devenue une technique faisant appel à l'expérience collective des pairs.

POURIN (C.), TRICAUD VIALLE (S.), BARBERGER GATEAU (P.)
Validation d'un questionnaire de satisfaction des patients hospitalisés.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2003/05
Vol : 21 N° : 3 :
Pages : 167-181, rés., tabl.
[BDSP. Notice produite par ORSRA 6sR0xw7B. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cet article est de présenter la validation du questionnaire de satisfaction des patients hospitalisés en court séjour de médecine, chirurgie et obstétrique conduite en région Aquitaine (SAPHORA-MCO). L'élaboration du questionnaire a comporté une revue de la littérature, le recueil des attentes des professionnels et la vérification de l'acceptabilité du questionnaire par les patients. L'enquête a été conduite dans 17 établissements de santé. L'échantillon de répondants était constitué de 1299 patients.

NGUYEN THI (P.L.), BRIANCON (S.), VIRION (J.M.), EMPEREUR (F.)
Qui répond aux questionnaires de satisfaction des soins ?
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2003/05
Vol : 21 N° : 3
Pages : 151-166, rés., tabl., fig.
[BDSP. Notice produite par ORSRA 2LR0xABV. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude a pour but d'identifier les facteurs influençant le taux de réponses et le taux de réponses nominatives dans une enquête de satisfaction des patients hospitalisés. 9504 (12,3%) patients tirés au sort parmi les sorties du CHU de Nancy ont reçu un questionnaire de satisfaction des soins (PJHQ adapté en français) par courrier deux semaines après leur sortie. Les facteurs influençant la réponse ont été identifiés par régression logistique hiérarchique. Les résultats montrent que la réponse est influencée par les modalités offertes aux patients et par des facteurs identiques à ceux influençant le niveau de satisfaction, notamment l'âge et le sexe.

DESLEX (Sylviane), GUEDENIER (Raymonde), BERNARD (Carine), PETIOT (Géraldine), CHAPUIS (François)
Les enquêtes de satisfaction des patients : Un outil de gestion à maîtriser.
La qualité.
GESTIONS HOSPITALIERES
2002/04
N° : 415
Pages : 251-256, graph., tabl.
[BDSP. Notice produite par ENSP dKR0xx07. Diffusion soumise à autorisation]. Les enquêtes de satisfaction peuvent constituer des outils efficaces d'évaluation et de pilotage pour améliorer les prestations hospitalières. Le CHU de Dijon a fait le pari de la simplicité de l'outil et de la rigueur méthodologique pour aboutir à cet objectif.

MATILLON (Yves), BERTRAND (Dominique), SIMON (Jean-Michel), VANHEE-GALOIS (Anne), CLOUP (Michel), BLOTMAN (Francis), LACHENAYE-LIANAS (Chantal), SCHWOB (Raphaël), DODET (Jean-François)
L'accréditation en France.
Accréditation et qualité des soins hospitaliers.
ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2001/06
N° : 35 :
Pages : 44-55, tabl., graph.
[BDSP. Notice produite par ENSP bam4R0xK. Diffusion soumise à autorisation]. La procédure d'accréditation s'inspire des modèles anglo-saxons développés depuis de nombreuses années à l'initiative de professionnels de santé soucieux de promouvoir la qualité des services rendus aux patients, tout en veillant à les adapter à la culture et aux particularités du système sanitaire français. En France, l'ANAES est chargée de la mise en oeuvre de l'accréditation ; elle établit avec les acteurs du système de santé, des référentiels conçus pour apprécier l'organisation, les procédures et les résultats attendus en termes de gain de santé et de satisfaction du patient. (Résumé adapté du texte).

GHADI (V.), NAIDITCH (M.)
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
L'information de l'usager/consommateur sur la performance du système de soins. Revue bibliographique.
Paris : DREES
SERIE ETUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2001/06
N° : 13
Pages : 25p., ann.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 0slkR0xw. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude s'intéresse à la diffusion auprès du grand public de données d'évaluation de la qualité des soins. Cette démarche, encore peu courante en France, existe depuis plus de 15 ans aux Etats-Unis et dans d'autres pays. L'objectif de ce rapport est, à partir d'une analyse bibliographique, d'identifier les différents arguments développés par ceux qui militent en faveur de cette démarche, de décrire les principales expériences de diffusion publique d'information sur le système de soins, d'évaluer l'impact de ce type de publication sur les professionnels, sur les consommateurs mais aussi l'usage qui en a été fait par les financeurs et les régulateurs.

AMAR (L.), BACHIMONT (J.), BREMOND (M.), GHADI (V.), LETOURMY (A.), NAIDITCH (M.), SCHAETZEL (F.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Une approche expérimentale de consultation des usagers sur les informations relatives à l'hôpital.
ETUDES ET RESULTATS
2001/05
Vol : N° : 115
Pages : 8p., 2 enc., 1 ann.
Un ensemble de travaux a été engagé depuis deux ans sous l'égide de la DREES par un groupe d'experts pour réfléchir à un cadre scientifique approprié d'analyse de la performance de l'hôpital et proposer des méthodes et des indicateurs utilisables et pertinents. Pour que cette mise au point ne s'appuie pas uniquement sur des points de vue d'experts, ce groupe a également exploré la manière dont les usagers perçoivent la notion de performances hospitalières et leurs attentes en matière d'informations sur le sujet.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er115.pdf

LOMBRAIL (Pierre)
Lien entre hits-parades, indicateurs de performances et qualité.
Accréditation et qualité des soins hospitaliers.
ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2001/06
Vol : N° : 35
Pages : 68-70
[BDSP. Notice produite par ENSP 3I7ER0xL. Diffusion soumise à autorisation]. Les classements des hôpitaux présentés dans la presse sont basés sur des critères incomplets et controversés. La qualité des établissements repose en grande partie sur l'organisation du travail et la capacité d'adaptation.

LOMBRAIL (P.), NAIDITCH (M.), BAUBEAU (D.), CASES (C.), CUNEO (P.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Qu'appelle-t-on performances hospitalières ?
Eléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers.
Paris : La Documentation Française
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE
2001/04-06
Vol : N° : 2
Pages : 13-19, 1 graph., 2 enc.
Mais "Qu'appelle-t-on performances hospitalières ?". Cet article en détaille les divers champs et en propose une approche pragmatique selon trois directions : l'atteinte des buts, l'utilisation optimale des moyens et la capacité d'adaptation aux changements

Groupe de Recherche sur l'Evaluation de la Performance en matière de qualité dans les Etablissements de santé privés. (G.R.E.P.E.P.). FRA
Une mesure régulière de la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades est-elle possible ?
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2001/05
Vol : 19 N° : 3 :
Pages : 131-146, rés., tabl., fig.
[BDSP. Notice produite par ORSRA Qs2R0xDK. Diffusion soumise à autorisation]. Dans un premier temps, nous rappelons le caractère forcément multidimensionnel de la "performance hospitalière en matière de qualité du service rendu". Nous dressons également le constat du caractère embryonnaire des travaux menés en France sur le sujet en regard des pays anglo-saxons. Nous restituons ensuite les premiers enseignements d'une recherche engagée dans le domaine en collaboration avec l'Union Hospitalière Privée. Nous y identifions trois écueils à surmonter : des dimensions de la qualité qui ne renvoient à aucun indicateur opérationnel, des indicateurs pour lesquels les moyens nécessaires à une utilisation routinière sont absents, et des indicateurs développés empiriquement, mais sans précaution méthodologique. (R.A.).

BOUTINET (Pierre), LOMBRAIL (Pierre), SEGADE (Jean-Paul), PASCAL (Christophe), COLLIN (Cyrille), COURAY-TARGE (Sandrine), GEOFFROY (Loïc), LOIRAT (Philippe), GASQUET (Isabelle)
Les outils de l'organisation sanitaire.
Organisation, décision et financement du système de soins.
ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2000/12
N° : 33
Pages : 47-59, graph.
[BDSP. Notice produite par ENSP U5wjR0x8. Diffusion soumise à autorisation]. Comment considérer la culture de projet dans un système de santé hiérarchique ? Qu'en est-il du PMSI aujourd'hui ? Comment regarder la contribution de l'accréditation à la dynamique de gestion des établissements ? Les contrats sont-ils bien de nouveaux outils de gestion ? Pour sa mise en oeuvre, la politique sanitaire dispose d'un arsenal d'outils, sont-ils suffisants pour assurer un pilotage du système de soins garant de l'intérêt collectif ? (Résumé adapté du texte

LOMBRAIL (P.), NAIDITCH (M.), BAUBEAU (D.), CUNEO (P.), CARLET (J.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Les éléments de la "performance" hospitalière. Les conditions d'une comparaison.
ETUDES ET RESULTATS
1999/12
N° : 42
Pages : 8p.
Les indicateurs souvent utilisés pour mesurer et comparer la qualité des soins dispensés par les hôpitaux (volume d'activité, mortalité hospitalière, attractivité de l'établissement, durée moyenne de séjour, taux de césariennes et d'infections nosocomiales) font ici l'objet d'une analyse critique. Cette analyse de leurs conditions d'utilisation et de leur validité est issue des travaux d'un groupe d'experts et de scientifiques. Elle met en évidence le caractère pluridimensionnel des notions de qualité et de performance hospitalières, ainsi que la nécessité de les mettre en perspective avec les missions et l'environnement propres aux différents types d'établissements. La recherche de meilleurs indicateurs et de modes de comparaison adaptés passe alors par une forte implication des professionnels. La démarche statistique consisterait, dans ce cadre, à envisager un ensemble large et pluriel d'indicateurs pour des établissements "homogènes" en termes d'activité, de contraintes et d'environnement.

http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er042.pdf

NAIDITCH (M.), CHALE (J.J.), LOMBRAIL (P.)
Faut-il classer les hôpitaux ?
RECHERCHE (LA)
1999/10
Vol : N° : 324
Pages : 64-78
Un groupe de chercheurs travaillant dans le domaine de l'évaluation de la qualité des soins reprend les termes du débat sur le classement des hôpitaux. Ce dossier aborde cette pratique, ancienne de plus de dix ans aux Etat-Unis. Bien que le contexte social et politique y soit différent, les auteurs tirent des leçons de l'expérience américaine, et notamment d'un projet mené à New York pour l'amélioration de la qualité générale des soins. Les auteurs s'intéressent également à la méthode utilisée par le journal « Sciences et Avenir » en 1997 et 1998 pour élaborer un classement des hôpitaux et mettent en lumière la faiblesse des indicateurs utilisés à cet effet, tout en reconnaissant les limites d'exploitation du seul fichier disponible, celui du PMSI. Pour conclure, les auteurs affirment que l'activité médicale n'est pas réductible à des indicateurs de performance. L'heure n'est plus au fonctionnement cloisonné, mais aux réseaux, à la coopération entre praticiens à la ville et à l'hôpital, au partage de l'information entre tutelles, professionnels et usagers.

POURIN (C.), BARBERGER-GATEAU (P.), MICHEL (P.), SALAMON (R.)
La mesure de satisfaction des patients hospitalisés - 1e partie : Aspects conceptuels et revue des travaux. 2e partie : Aspects méthodologiques.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
1999/03-04
Vol : 17 N° : 2-3
Pages : 101-132
[BDSP. Notice produite par ENSP R0x6DIq1. Diffusion soumise à autorisation]. La réforme de l'hospitalisation prévoit que chaque établissement procède à une évaluation régulière de la satisfaction de ses patients, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) mis en place à l'initiative des hôpitaux publics d'aquitaine, a proposé à ses établissements adhérents la mise en place d'une démarche de mesure de celle-ci. L'objectif de cet article premier d'une série de deux, est de présenter la revue de la littérature conduite par le CCECQA préalablement à l'élaboration d'un questionnaire régional. Le concept de satisfaction et une revue des principales études conduites en France et à l'étranger sont présentés ici. Résultats : Très peu d'études ont été réalisées et publiées en France. Les problèmes les plus fréquents concernent la communication de l'information données aux patients, l'éducation du patient sur ses médicaments et ses examens, la gestion de la douleur et la planification de la sortie. Des facteurs pouvant influencer l'opinion de ceux-ci (caractéristiques sociodémographiques, processus technique des soins, état de santé perçu par le malade) sont rapportés. Conclusion ; Le concept de satisfaction est multidimensionnel. La satisfaction et la qualité technique des soins sont des approches complémentaires. Dans un second article, les difficultés méthodologiques rencontrés dans la mise au point d'enquêtes de mesure seront présentés.

KIMBERLY (John) / préf. : USA. Wharton school. Philadelphia PA., MINVIELLE (Etienne) / préf., POUVOURVILLE (G. de) / préf.
Cnrs. Groupe Image Ensp. Labores. Lille. FRA
European Institute for Business administration Insead. EUR, Ecole nationale de la santé publique Ensp. Groupe image. Lille. FRA
Les démarches qualité à l'hôpital : une comparaison internationale.
Les Démarches Qualité à l'Hôpital. Séminaire.
1997/06/01

GESTIONS HOSPITALIERES
1997
N° : 369
Pages : (82p.)

SAUZE (L.), COUDERT (H.), GARDEL COUDERT (C.), BRUNEL (M.), FOLTZER (C.)
Analyse de l'activité hospitalière : production/performance des indicateurs dérivés du PMSI.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
1997/11-12
Vol : 15 N° : 7-8
Pages : 517-527, rés., tabl., graph.
[BDSP. Notice produite par ORS-RA iG1XR0xT. Diffusion soumise à autorisation]. En complément de la description de la production médicale fournie par le PMSI, nous proposons ici des indicateurs de performance basés sur la combinaison des trois variables disponibles représentées par : le nombre de séjours, leur durée et la lourdeur des cas traités. Les mesures s'effectuent à partir des références qui peuvent être nationales, locorégionales ou internes aux établissements. La coopération des différents acteurs du système est indispensable à l'interprétation fine de ces indicateurs.

Centre National de l'Equipement Hospitalier. (C.N.E.H.). Paris. FRA
La qualité à l'hôpital.
TECHNOLOGIE ET SANTE
1997/12
Vol : N° : 32:
Pages : 94p.

Les réseaux ville hôpital

Ouvrages, rapports, working papers

Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences.
GRALL (J.Y.)
En ligne
Paris : Ministère chargé de la Santé, 2015/07
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf
Après un bilan de la médicalisation des urgences initiée suite au rapport Steg il y a 20 ans et un état des lieux de l'organisation actuelle des urgences en France, trois grandes propositions sont avancées : conforter et garantir un accès en moins de trente minutes à la prise en charge de l'urgence ; optimiser la prise en charge de la demande de soins non programmés au sein d'un réseau territorial comprenant l'ensemble des professionnels ou structures concernées, en soulignant dans ce cadre le rôle pivot fondamental de la régulation médicale ; réunir les médecins urgentistes au sein d'équipes territoriales uniques dans le cadre des futurs Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Un groupe de travail sera mis en place afin de préciser les modalités de mise en œuvre des recommandations retenues en cohérence avec les évolutions de l'organisation territoriale portées par le projet de loi de modernisation de notre système de santé.

Quelle prise en charge des personnes âgées pour demain ? 10 propositions.
BEAUVAIS (M.),BOHU (R.),CARDIN (C.)
Cartes sur Table. sl. FRA
En ligne

sl : Cartes sur Table, 2015/05
http://www.cartes-sur-table.fr/prise-en-charge-personnes-agees-10-propositions/
Produit par le pôle santé du think tank Cartes sur table, ce rapport préconise des solutions innovantes et nécessaires pour adapter l'accueil des seniors aux enjeux de demain, mais surtout pose les bases d'une réforme en profondeur du système existant.

Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser.
Cour des Comptes. Paris. FRA
En ligne
Paris : Cour des Comptes, 2014/09
In : Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.
http://www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/La-securite-sociale -
http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale2
En 2012, pas moins de 10,6 millions de personnes, près d'un sixième de la population française, sont venues se faire soigner, parfois à plusieurs reprises dans l'année, dans les services d'urgence hospitaliers. Ceux-ci ont enregistré ainsi plus de 18 millions de passages, soit 30 % de plus en dix ans. Pour les seules « structures des urgences », selon leur dénomination règlementaire, situées dans des établissements de santé publics et privés à but non lucratif, qui représentent 81 % du dispositif d'accueil, la charge supportée à ce titre par l'assurance maladie est de près de 2,5 Md€. Cette fréquentation en progression continue met sous tensions persistantes les organisations et les équipes hospitalières en dépit des mesures de renforcement et de soutien successivement décidées par les pouvoirs publics, en particulier dans le cadre du plan urgences 2004-2008 adopté à la suite de la canicule de l'été 2003. Au-delà des situations où le pronostic vital est engagé ou qui nécessitent une intervention rapide compte tenu de leur gravité, les urgences hospitalières jouent de fait un rôle essentiel dans la prise en charge de soins non programmés, à laquelle la médecine de ville n'apporte pas de réponse suffisante. Dans le prolongement de l'enquête qu'elle a précédemment consacrée à la permanence des soins ambulatoires, assurée par les médecins libéraux, où elle avait en particulier souligné le manque d'efficience des dispositifs de régulation et d'orientation mis en place à compter de 2002418, la Cour a cherché à analyser l'évolution de l'activité des services d'urgence et de leur fonctionnement, qu'elle avait déjà examinés en 2007. Elle a observé que la progression forte de la fréquentation des urgences n'avait fait l'objet jusqu'à tout récemment que de peu d'analyses de ses déterminants. Les services d'urgences ont cherché à faire évoluer leurs organisations pour mieux y répondre, dans un cadre financier inchangé qui contrarie toujours la recherche d'une plus grande efficience. L'amélioration de l'efficacité du dispositif passe cependant avant tout par une articulation plus étroite entre médecine de ville et hôpital.

Pour favoriser la prévention et l'organisation du parcours de soins.
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA
C, En ligne
Paris : CNAMTS, 2014/11
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Services_en_sante_061114.pdf
Ce dossier de presse fait le point sur les actions de l'assurance maladie en matière d'accompagnement de ses assurés pour les aider à devenir acteur de leur santé et améliorer leur qualité de vie. Il fait le bilan des programmes Sophia diabète, Prado (accompagnement du retour à domicile). Il présente également le nouveau programme de coaching en ligne, Santé Active".

Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 5 : Comparaison par la DREES entre les projections d'effectifs de 2008 et les données observées.
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA
En ligne

Paris : HCAAM, 2014/10
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_5_demographie_des_professionnels_drees.pdf
La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 5 présente les comparaisons réalisées par la DREES entre les projections d'effectifs de 2008 et les données observée.

Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 4 : Enseignements des théories économiques et des évaluations sur le sujet des coopérations des professionnels de santé.
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA
En ligne
Paris : HCAAM, 2014/10
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_4_theories_economiques_et_evaluations.pdf
La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 4 présente les enseignements des théories économiques et des évaluations sur le sujet des coopérations des professionnels de santé.

Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 2 : Les expressions du HCAAM sur la coordination des interventions des professionnels autour du patient.
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA
En ligne
Paris : HCAAM, 2014/10
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_2_expression_du_hcaam.pdf
La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 2 présente les expressions du HCAAM sur la coordination des interventions des professionnels autour du patient

Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 3 : les enseignements des systèmes de santé étrangers.
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA
En ligne
Paris : HCAAM, 2014/10
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_3_experiences_etrangeres.pdf
La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre

des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 3 présente une étude comparée des organisations pluri-professionnelles mises en place dans les pays de l'Union européenne.

Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 1 : état des lieux des dispositifs de coopération.
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA
En ligne
Paris : HCAAM, 2014/10
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_1_etat_des_lieux.pdf
La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 1 à l'avis dresse un état des lieux des dispositifs de coopération en France : médecin traitant, profession d'infirmière, délégation de soins, le regroupement des professionnels de santél, asalée...

La prise en charge des personnes vulnérables. Agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé.
Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.). Paris. FRA,Médecins du Monde. (M.D.M.). Paris. FRA
En ligne
Paris : Fédération Hospitalière de France, 2014
http://fichiers.fhf.fr/documents/rapport-FHFMDMbd.pdf
Notre système de santé reste marqué par de fortes inégalités. Cela est vrai tant pour l'état de santé constaté des personnes qu'en matière d'accès aux soins et aux actions de prévention. La prise en charge des publics en situation de vulnérabilité est une mission consubstantielle à l'hôpital public, pour laquelle les hospitaliers ont toujours oeuvré avec humanité, conviction et détermination. Aujourd'hui, les hôpitaux publics assument avec quelques associations dont Médecins du Monde cette mission de prise en charge des plus vulnérables. Pour les équipes hospitalières, la fragilité des moyens et des dispositifs d'accompagnement se révèle source de malaise. C'est le constat que font aujourd'hui un grand nombre de professionnels qui, face à la nécessité d'adapter le parcours de soins aux caractéristiques de ces publics, se sentent souvent démunis. Il y a donc urgence à agir alors que l'impact de la crise économique sur l'aggravation de la précarité est de plus en plus tangible. Il y a surtout urgence à agir pour inventer un nouveau modèle de prise en charge des personnes vulnérables dans les hôpitaux. L'apparition de nouvelles formes de vulnérabilité conjuguée à l'évolution des organisations hospitalières conduit les établissements et les professionnels à repenser et à réaffirmer leur vocation d'hospitalité afin d'assurer à chacun la meilleure prise en charge possible. L'hospitalité est en effet un sujet majeur et pleinement d'actualité, recouvrant des aspects aussi bien humains, techniques, économiques, que de recherche. Conscient de la responsabilité de l'hôpital public, et dans le souci de maintenir un dispositif d'accès aux soins pour tous, la Fédération hospitalière de France et Médecins du Monde ont décidé d'unir leur force. À l'heure où se construit la future stratégie nationale de santé, la FHF et Médecins du monde n'acceptent pas la fatalité, ne se résolvent pas à l'inaction et unissent leurs voix pour améliorer concrètement la prise en charge des personnes vulnérables à l'hôpital. Les propositions portées par la FHF et Médecins du Monde visent à nourrir le débat public d'aujourd'hui et à se transformer, dès

demain, en actes. Pour cela, les pouvoirs publics et tous les acteurs de la santé doivent prendre leurs responsabilités, et mettre la question de la santé des personnes les plus fragiles au cœur des politiques publiques.

Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de prise en charge, permettre la progression dans le soin et ouvrir la possibilité de définir de nouveaux métiers.
GENISSON (C.),MILON (A.)
Sénat. Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Paris. FRA
En ligne
Paris : Sénat, 2014
http://www.senat.fr/rap/r13-318/r13-3181.pdf
L'amélioration de la qualité des soins et l'enrichissement des fonctions des professionnels de santé sont des objectifs premiers et concordants pour le système de santé français et une aspiration forte des professionnels du secteur. L'un des ressorts pour atteindre ces objectifs est l'évolution des formes de prises en charge des malades au travers d'une nouvelle répartition des rôles entre professionnels de santé. C'est l'objet des coopérations prévus par l'article 51 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui permettent de déroger aux règles de compétences qui s'imposent à eux. Les coopérations entre professionnels de santé recouvrent une réalité plus vaste que le cadre de ce seul article 51. D'autres dispositions législatives ou réglementaires sont utilisées par les professionnels de santé et des coopérations anciennes, principalement dans le monde hospitalier, se sont développées en dehors de tout encadrement juridique. Si l'étude des conditions d'application de l'article 51 de la loi HPST a paru essentielle, c'est que celui-ci représente la tentative la plus aboutie pour amorcer la nécessaire évolution des professions et des prises en charge. L'enjeu, cependant, dépasse la simple question de l'application de cet article. Le rapport de la commission des affaires sociales s'articule donc en deux temps. La première partie permet de dresser un bilan de la mise en oeuvre de l'article 51 de la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires). La seconde, dans une perspective plus large, permet de mesurer le dispositif au regard des attentes en matière d'évolution du système de soins.

Institut Montaigne. Paris. FRA
Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale.
En ligne
Paris : Institut Montaigne, 2013
http://www.institutmontaigne.org/fr/publications/acces-aux-soins-en-finir-avec-la-fracture-territoriale
Très onéreux, d'une grande complexité institutionnelle et administrative, le système de soins français pèche également par l'archaïsme de son organisation, caractérisé par de forts cloisonnements entre ville et hôpital comme entre professionnels de santé. Au-delà des problèmes évidents de répartition sur le territoire des professionnels de santé, la question est sans doute plutôt celle du modèle d'organisation des soins en France, qui ne correspond plus aux exigences sociales, démographiques et technologiques de notre pays. Face à ces défis et dans un contexte de finances publiques contraint, comment adapter notre système de santé ? C'est vers une organisation décloisonnée, régionalisée, construite autour des besoins des patients qu'il faut s'orienter. Le système de santé doit également s'adapter aux exigences des nouvelles générations de professionnels de santé et leur offrir les moyens d'exercer leur métier de façon regroupée, en bénéficiant de l'apport des nouvelles technologies.

Haute Autorité de Santé. (HA.S.). Paris. FRA
Rapport d'analyse des projets article 70.
C, En ligne
Saint-Denis : HAS, 2012/12

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/rapport_analyse_projets_article_70.pdf
L'article 70 de la LFSS 2012 propose des expérimentations visant à améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées afin de prévenir les recours évitables à l'hospitalisation (module 1) et de coordonner les soins en sortie d?hospitalisation (module 2). En tant qu'évaluateur de ces projets, la HAS accompagne les acteurs des projets, ARS et promoteurs. Dans ce cadre, elle a élaboré un premier Rapport d?analyse des projets article 70 qui présente l'analyse globale des onze projets tels qu?ils ont été adressés à la HAS, en s'attachant à identifier la présence des différentes activités et stratégies mises en ?uvre dans les projets, leur déclinaison et leur cohérence. Cette analyse a été présentée aux acteurs de projets et discutée avec eux, afin de les aider dans leur travail de maturation des projets.

Ministère chargé de la Santé. Direction Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.). Paris. FRA
Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?
C, En ligne
Paris : DGOS, 2012
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf
Il existe environ 700 réseaux de santé, financés par le FIQCS (167M? en 2011), désormais intégré dans le FIR. Alors que les réseaux constituent l'un des principaux dispositifs de coordination, leur bilan est contrasté et il s?avère nécessaire de faire évoluer leur fonctionnement. Les évolutions en cours (rémunérations de la coordination, système d'information partagé, protocolisation des parcours, etc.) permettent de penser qu'à terme la coordination des soins sera réalisée par les effecteurs de soins eux-mêmes, il importe d'inscrire les réseaux de santé dans ces évolutions, afin d'une part, qu'ils favorisent cette intégration progressive et d'autre part, qu'ils interviennent en appui des acteurs pendant cette phase transitoire. Ce guide propose des orientations, visant à faire évoluer les réseaux de santé vers une mission d'appui aux médecins généralistes et aux équipes de premiers recours pour la prise en charge des situations complexes (notamment sur les aspects médico-sociaux), leur permettant de gagner du temps et de mieux orienter leurs patients. Il fournit un cadrage national pour accompagner l'évolution des réseaux vers des réseaux polyvalents de proximité, centrés sur la coordination des soins et au service des équipes de proximité. Ce cadrage devra bien sûr être adapté en fonction des régions et des acteurs présents sur les territoires. Ce guide est un outil à visée opérationnelle, proposant des fiches pratiques sur les objectifs et les leviers à mobiliser pour accompagner les évolutions proposées, notamment en matière de contractualisation et d'évaluation. Il contient également quatre fiches documentaires élaborées à partir des retours d'expérience sur des réseaux répondant aux objectifs poursuivis par le présent guide.

Sénat. Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Paris. FRA
Rapport d'information relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux.
MILON (A.)
En ligne
Paris : Sénat, 2012
http://www.senat.fr/rap/r12-249/r12-2491.pdf
Malgré une actualité souvent tragique et une vingtaine de rapports publiés depuis dix ans, la psychiatrie française n'a été abordée par la loi que sous l'angle de la dangerosité des malades, optique restrictive que la commission des affaires sociales avait regrettée. Ce rapport présenté entend préparer l'arrivée des grands textes de santé publique et d'organisation des soins en dressant un bilan de la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux, sans ignorer la situation de celles souffrant de troubles du comportement ou de troubles envahissant du développement, et en formulant des propositions destinées à améliorer la prise en charge des patients. La commission des

affaires sociales a adopté onze propositions pour remédier aux difficultés persistantes de la prise en charge psychiatrique des malades et favoriser la diffusion des meilleures pratiques en associant étroitement les soignants, les malades et les familles.

Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Boulogne Billancourt. FRA
Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer. Synthèse des bilans à un an des 35 sites pilotes.
POURCEL (G.) , FERRARI (C.) , LE QUELLEC-NATHAN (M.)
En ligne
Boulogne Billancourt : INCA, 2012
http://www.e-cancer.fr
Dans le cadre du Plan cancer (mesure 18 et mesure 25), l'Institut national du cancer et la Direction générale de l'offre de soins ont lancé, suite à un appel à projets, 35 expérimentations pilotes du « parcours personnalisé de patients pendant et après le cancer ». Il s'agit d'un nouveau dispositif de prise en charge des patients atteints de cancer, s'appuyant sur plus de coordination entre les acteurs de soins avec l'intervention d'infirmiers coordonnateurs hospitaliers (IDEC), qui inclut la dimension sociale de la prise en charge et renforce le rôle du médecin traitant en tant que référent médical de proximité. Un accompagnement des projets a été mis en place et un suivi régulier de leur mise en oeuvre opérationnelle a été effectué au moyen d'indicateurs bimestriels. Ces expérimentations conduites sur un an dans 35 sites pilotes par des établissements de santé publics et privés, en partenariat avec médecins traitants et d'autres acteurs de proximité médicaux et sociaux, ont permis l'inclusion dans le dispositif de 9 200 patients dont plus de 2/3 ont reçu un programme personnalisé de soins. Une situation de fragilité sociale a été détectée chez 32 % d'entre eux conduisant à une prise en charge sociale dans 2/3 des cas. Un programme personnalisé de l'après-cancer a été établi pour 31 % des patients des 2 800 patients en fin de phase de traitement actif. Plusieurs outils de coordination ont été élaborés et testés par les équipes pilotes (Fiche de détection de la fragilité sociale, contenu minimum du programme personnalisé de l'après-cancer). L'expérimentation a permis également de recenser les activités des IDEC, regroupées en 4 grandes fonctions clés, évaluation des besoins et facilitation du parcours qui ont mobilisé le plus de temps, devant les fonctions d'écoute et soutien et d'information. Par ailleurs, l'intervention plus spécifique des IDEC auprès de patients ou de situations complexes sur les plans médical et/ou social a été identifiée, ainsi que l'apport de leur activité en lien avec l'assistant social pour optimiser et anticiper la prise en compte des problématiques sociales, notamment liées à l'emploi. Les principaux constats établis au terme des expérimentations menées sur les 35 sites où des organisations différentes ont été mises en place, permettent de dégager deux points forts qui sont le rôle des infirmiers coordonnateurs et la mise en place de l'accompagnement social. Le programme personnalisé de soins constitue un point de vigilance en raison d'importantes variations de pratique d'un site à 'autre. Son utilisation en tant qu'outil destiné en priorité au patient dans la phase initiale de sa prise en charge nécessitera d'être reprécisée au niveau national. Enfin, la participation du médecin traitant positionné en tant que référent de proximité dans le parcours personnalisé, et la mise en place du suivi de l'après-cancer constituent des marges de progrès pour optimiser le dispositif du parcours personnalisé tout au long de la maladie. Ces résultats et constats ont été complétés par ceux plus qualitatifs de l'évaluation d'impact des expérimentations menée fin 2011 auprès des patients, de leurs médecins traitants et des équipes projets hospitalières, afin d'apporter à l'INCa et à DGOS, des éléments de décision pour les suites à donner au dispositif de parcours personnalisé en cancérologie.

Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Boulogne Billancourt. FRA
Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer, rapport d'évaluation.
PROULT (E.) , LACOUETTE-FOUGERE (C.) , SCHWAB (L.P.)
En ligne

Boulogne Billancourt : INCA, 2012
http://www.e-cancer.fr
L'INCa et la DGOS ont lancé, suite à un appel à projets, des expérimentations du « parcours personnalisé de patients pendant et après le cancer » (mesures 18 et 25 du Plan cancer). Ces expérimentations ont été menées sur un an, de septembre 2010 à septembre 2011, dans 35 sites pilotes (établissements de santé publics et privés), en partenariat avec des médecins traitants ainsi que d'autres acteurs ou structures de proximité médicaux et sociaux. Ce nouveau dispositif avait pour objectifs de : permettre une prise en charge personnalisée des patients en s'appuyant sur davantage de coordination entre les acteurs de soins avec l'intervention d'infirmiers coordonnateurs hospitaliers (interlocuteurs privilégiés des patients et facilitateurs de la coordination hôpital-ville) ; mieux prendre en compte la dimension sociale tout au long de la prise en charge y compris dans l'après-cancer et pendant le suivi ;renforcer le rôle du médecin traitant en tant que référent médical de proximité. Au total, 9200 patients ont été inclus dans ce dispositif de parcours personnalisé. L'évaluation d'impact montre que le parcours personnalisé apparaît globalement comme un dispositif pertinent, perçu positivement par tous les professionnels et dont l'impact sur la satisfaction des patients est élevé. L'apport des infirmiers coordonnateurs a été confirmé, en particulier par la réponse apportée en termes d'information, d'écoute et de détection précoce des problèmes sociaux. Des questionnements persistent cependant sur le rôle de ces infirmiers coordonnateurs dans l'articulation ville-hôpital. De plus, la coordination des différents acteurs de la prise en charge et la mise en place de l'après-cancer restent à approfondir. Compte tenu de ces différents constats, l'expérimentation sera prolongée par une seconde phase en 2013 afin de mieux définir les objectifs du dispositif, de mieux le cibler en particulier sur les parcours complexes des parcours plus complexes sur le plan médical et/ou psychosocial, et de préciser les rôles prioritaires des infirmiers coordonnateurs. Cette seconde phase sera accompagnée d'une approche coût-efficacité afin d'apporter aux décideurs des éléments objectifs pour proposer un dispositif de parcours personnalisé pérenne et généralisable à terme.

GALLET (B.)
La coopération dans les secteurs sanitaire, social et médico-social : à jour de la loi "Fourcade" du 10 août 2011.
Guides d'exercice professionnel des établissements sanitaires et médico-sociaux.
Paris: Heures de France
Pages : 213p.
Le développement de la coopération dans le secteur de la santé, considérée dans son acception la plus large, du soin technique à l'action sociale, est un des enjeux majeurs de la prise en charge de demain. Le présent livre propose de recenser de façon précise et argumentée l'ensemble des outils juridiques créés au fil des réformes sanitaires et sociales. L'étude comporte conjointement une réflexion sur les orientations qui requièrent d'être désormais adoptées afin d'en perfectionner le contenu. Il s'agit de favoriser une utilisation optimale de ces outils par les acteurs, promoteurs de réseaux et professionnels en charge du développement de projets de coopération. L'ouvrage, particulièrement documenté, intègre les textes les plus récents, notamment une étude des apports de la loi du 21 août 2009, dite « HPST » et de ses textes d'application, ainsi que de la loi du 10 août 2011, dite « Fourcade ». Sa portée résolument pratique en fait un guide indispensable pour les promoteurs d'actions de coopération et une source d'information précieuse pour toute personne intéressée par la coopération dans le champ sanitaire, social et médico-social.
http://www.heuresdefrance.com/product_info.php/cPath/52_48/products_id/215

FOUQUET (A.), TREGOAT (J.J.), SITRUCK (P.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge.
Rapport Igas ; RM2011-064P
Paris : Igas

2011/05
Pages : 121p., tabl., annexes
Le présent rapport de l'IGAS explore la question de la coordination des acteurs du parcours de soins de la personne âgée fragile, tant dans le secteur sanitaire, en établissement de santé ou en « ville », que dans le secteur médico-social ou social. La première partie de l'étude présente des éléments de contexte : la spécificité des personnes âgées face à la santé (fragilité, poly-pathologies) et en matière d'hospitalisation (durées moyennes de séjour, passages et entrées par les urgences). La deuxième partie donne les résultats des investigations de terrain sur les modes d'organisation et les moyens de coopération autour du parcours de soin de la personne âgée. Ces organisations et ces moyens sont variés et le rapport en présente la typologie et les caractéristiques, puis leur impact sur des éléments objectivables de l'hospitalisation : durées moyennes de séjour, passages aux urgences… A partir de ces constats et des difficultés recensées par les acteurs, la troisième partie formule des recommandations en les inscrivant dans le contexte législatif et réglementaire, notamment la loi HPST (loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative, aux patients, à la santé et aux territoires) et la création des ARS (Agences régionales de santé), dont l'un des objectifs est d'assurer une mission de coordination entre le secteur social et médico-social.

HUBERT (E.)
Présidence de la République. Mission de Concertation sur la Médecine de Proximité. Paris. FRA
Rapport de la Mission de concertation sur la médecine de proximité.
Paris : La documentation française
2010
Pages : 186p.
Mme Elisabeth Hubert, ancien ministre, a été chargée par le Président de la République d'une mission portant sur la médecine de proximité, autour de trois objectifs : relancer le dialogue avec les médecins libéraux, permettre un très large échange avec les professionnels concernés et apporter des réponses aux évolutions structurelles que connait la médecine ambulatoire depuis de nombreuses années. Sur la base de nombreuses rencontres et de déplacements sur le terrain, l'auteur présente un état des lieux des conditions d'exercice de la médecine de proximité, et propose un ensemble de mesures : simplification des conditions d'exercice, modernisation des systèmes d'information, appui à l'exercice regroupé des professionnels, valorisation de la formation initiale de médecine générale, aide à l'installation dans les zones sous-médicalisées.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000622/0000.pdf

BAS-THERON (F.) , GRESY (B.) , GUILLERMO (V.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Evaluation des mesures du plan cancer 2003-2007 relatives au dépistage et à l'organisation des soins .
Paris : La documentation française
2009/06
Vol : N° : Numéro spécial :
Pages : 116p., tabl., annexes
La mission de l'Igas a porté sur l'évaluation des mesures du plan cancer 2003-2007 se rapportant à deux des six grandes thématiques identifiées : d'une part le dépistage, d'autre part l'organisation et la qualité des soins. Au total, sur les 70 mesures préconisées par le plan cancer, 22 se rapportent directement à l'une de ces deux thématiques. Une première analyse a été intégrée dans le rapport qu'a remis le Haut conseil de la santé publique à la ministre de la santé et des sports le 24 février 2009. La mission a depuis complété ses analyses et précisé ses propositions. Sur le plan méthodologique, la mission a procédé par deux enquêtes, l'une auprès des DRASS sur le volet dépistage et une sur l'organisation des soins auprès des ARH. Elle a auditionné de nombreux acteurs nationaux, s'est rendu dans

trois régions (Aquitaine, Centre, Haute Normandie) et dans quelques établissements de l'Ile-de-France.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000353/0000.pdf

GRUNFELD (J.P.)
Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013. Pour un nouvel élan : Rapport au Président de la République.
Paris : Ministère de la santé et des sports
2009/02/14
Pages : 104p.
Missionné par le Président de la République, le 15 octobre 2008, pour élaborer des recommandations préparatoires au futur Plan Cancer, le Pr Jean-Pierre Grünfeld a réalisé plus de 200 auditions et reçu 5 800 contributions sur l'espace dédié ouvert sur le site de l'InCA, du 10 décembre 2008 au 26 janvier 2009 à l'ensemble des citoyens. L'auteur de ce document présente ses recommandations de la recherche, à la consolidation du Plan précédent, aux chantiers de prévention prioritaires -environnement inclus- à l'organisation des soins pour s'achever sur l'accès aux soins et la qualité de vie des patients.
http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/rapport_grunfeld_104pges_srm_mars_2009_v3.pdf

Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône Alpes. (U.R.M.L.). Lyon. FRA
Médecine ambulatoire, médecine hospitalière, quels liens construire ? Approche concertée sur 3 territoires rhônalpins.
Lyon : URML
2008/09
Pages : 31p.
Ce travail fait un focus sur trois territoires rhônalpins aux caractéristiques différentes en terme d'offre de soins dans l'objectif de comprendre la situation avec les acteurs concernés et d'imaginer avec eux des solutions concrètes. En faisant se rencontrer sur chaque territoire un petit échantillon de médecins hospitaliers et de médecins ambulatoires et en explorant concrètement avec eux leurs satisfactions et insatisfactions concernant les collaborations ville-hôpital et les solutions pour les améliorer, l'objectif était également de permettre des échanges et d'amorcer une dynamique de progrès sur ces territoires. Cette enquête a permis de constater une forte attente des deux pôles de santé pour des échanges et un renforcement de la communication. La médecine libérale déplore l'inadaptation des sites Internet des hôpitaux et demande la simplification des échanges par une messagerie sécurisée. Les malaises, pour les trois bassins, sont cristallisés sur l'accès à l'hôpital quasi obligatoirement par le service des urgences. Cette pratique a distendu les liens traditionnels entre médecin traitant et médecin hospitalier.
http://www.urmlra.org/upload/editor/Rapport_Medecine_ambulatoire_Medecine_hospitaliere_Version_finale_1221722776485.pdf

LEVI (F.), SAGUEZ (C.)
Académie des Technologies. Commission Technologie et santé. Paris. FRA
Rapport de l'Académie des technologies. Le patient, les technologies et la médecine ambulatoire.
Paris : Académie des technologies
2008
Pages : 92p., annexes
Dans ce rapport, l'Académie des technologies indique les progrès médicaux apportés par le développement de la médecine ambulatoire, dans notre système de santé, repère les principaux freins à lever et incitateurs à encourager et émet des recommandations destinées à favoriser le développement de la médecine ambulatoire en particulier pour des patients âgés souffrant de maladies cardiovasculaires ou cancéreuses, avec le souci d'optimiser la gestion des coûts de santé. L'académie émet cinq recommandations de l'Académie des technologies : nécessaire développement en France et en Europe d'un effort

important de recherche scientifique et technologique consacré à la médecine ambulatoire ; Mise en place de formations à la médecine ambulatoire, notamment dans le cycle des études des médecins généralistes ; proposition d' une information adaptée à l'intention des patients et de leur entourage ; Favoriser l'émergence d'un secteur économique de la médecine ambulatoire, fortement créateur d'emplois et de valeur ajoutée ; Mise en place très rapide d'expérimentations pilotes, seules capables d'assurer un déploiement optimal de ces politiques.
http://www.academie-technologies.fr/publication/rapports/medecineAmbulatoire/Patient.pdf

LARCHER (G.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher : Rapport final et propositions.
Paris : MSSPS
2008
Pages : 102p.
Organiser une vaste concertation sur les missions de l'hôpital auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé et établir un état des lieux servant de base à la concertation, telle était la mission confiée à Gérard Larcher. Le présent rapport assure la synthèse des travaux de la commission. Il est structuré autour de quatre grands thèmes qui rendent compte de la diversité des missions de l'hôpital et du champ embrassé : aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour une meilleure réponse aux besoins des patients et une continuité des prises en charge ; optimiser l'offre de soins hospitalière dans une logique de qualité et d'efficience ; préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme ; développer l'enseignement et la recherche.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000209/0000.pdf

COLLOMBET (A.), ALFANDARI (P.)
L'hôpital et les réseaux de santé : professionnalisme des consultants.
Management socio-économique, approche globale de l'entreprise, recherches.
19e colloque annuel de l'Iseor - l'hôpital élargi : réseaux de santé..
2006
Paris : Economica
2007
Vol : N° : Numéro spécial :
Pages : 294p., ann.
Cet ouvrage reprend les communications des dix-neuvièmes journées de l'Iseor sur le thème de : l'hôpital élargi – les réseaux de santé. En effet, les établissements publics et privés de santé sont aujourd'hui confrontés à de profonds changements dans leurs systèmes budgétaires et dans leur gouvernance. Cela les amène à développer des partenariats publics ou privés avec l'hôpital, les professionnels de santé et d'autres professions concourant aux activités médicales. C'est pourquoi le positionnement stratégique des hôpitaux , ainsi que la reconfiguration de l'offre de soins, l'élargissement de l'hôpital via les partenariats secteur public/secteur privé, mais aussi les réseaux de santé sont des thèmes très actuels, abordés lors de ces journées.
http://www.amazon.fr/Lh%C3%B4pital-r%C3%A9seaux-sant%C3%A9-Professionnalisme-Consultants/dp/2717855025/ref=sr_1_1?ie=UTF8&s=books&qid=1207211081&sr=1-1

COLLOMBET (A.), ALFANDARI (P.)
L'hôpital et les réseaux de santé : professionnalisme des consultants.
Management socio-économique, approche globale de l'entreprise, recherches.
19e colloque annuel de l'Iseor - l'hôpital élargi : réseaux de santé, 2006
Paris : Economica
2007
Pages : 294p., ann.

Cet ouvrage reprend les communications des dix-neuvièmes journées de l'Iseor sur le thème de : l'hôpital élargi – les réseaux de santé. En effet, les établissements publics et privés de santé sont aujourd'hui confrontés à de profonds changements dans leurs systèmes budgétaires et dans leur gouvernance. Cela les amène à développer des partenariats publics ou privés avec l'hôpital, les professionnels de santé et d'autres professions concourant aux activités médicales. C'est pourquoi le positionnement stratégique des hôpitaux , ainsi que la reconfiguration de l'offre de soins, l'élargissement de l'hôpital via les partenariats secteur public/secteur privé, mais aussi les réseaux de santé sont des thèmes très actuels, abordés lors de ces journées.

BOURGUEIL (Y.)
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). St Denis. FRA
Les enseignements de la politique des réseaux et des maisons pluridisciplinaires de santé.
Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé : Rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum.
St Denis : HAS
2007/12
Pages : 261-291
L'objet de cette note est d'analyser dans un laps de temps court, les enseignements en termes de coopération des professions de santé, des multiples expériences de réseaux qui se sont succédées au fur et à mesure des évolutions de la définition et de la politique des réseaux. (Réseaux villes-hôpital, puis des réseaux « Soubie » puis des réseaux de santé financés dans le cadre de la Dotation Nationale des Réseaux). La note présente trois parties distinctes. La première partie propose un cadre conceptuel global de la coopération permettant d'interroger la contribution des réseaux à la coopération mais permettant également de préciser et distinguer les leviers disponibles entre réorganisation des rôles professionnels et réorganisation des services de soins. La deuxième partie est plus spécifiquement consacrée à la description des travaux d'évaluation des réseaux de santé et des maisons de santé pluridisciplinaires. Enfin la troisième partie discute les principaux enseignements que nous retenons de l'analyse des réseaux et des maisons de santé pluridisciplinaires et propose quelques pistes de réflexion et d'action pour renforcer les différents aspects de la coopération telle que définit initialement.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_eco.pdf

Question santé. Bruxelles. BEL , Collège de la Commission Communautaire Française. (C.O.C.O.F.). Bruxelles. BEL
Les réseaux de santé.
Actes du colloque organisé au Centre culturel de Woluwe-Saint-Pierre le 20 mars 2007.
Woluwe-Saint-Pierre
2007/03/20
Bruxelles : Question santé
2007/09
Pages : 111p.
A partir de travaux de cinq groupes effectués en ateliers et des contributions des orateurs en plénière, les conditions présidant à l'émergence de réseaux , la gouvernance de ces réseaux et leur place dans le paysage de la santé publique sont présentés dans ces actes. Des exemples de réseaux belges et français illustrent le document.
http://www.questionsante.org/03publications/charger/reseauxsante2007.pdf

ESCANO (G.)
Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bourgogne. (U.R.C.A.M.). Dijon. FRA
La difficile évaluation des réseaux de santé - Bilan et perspectives 8 ans après les ordonnances "Juppé".
Dijon : URCAM

NOTES ET DOCUMENTS
2007/05
N° : 47
Pages : 107p.
L'auteur de ce document fait le point sur le concept et les finalités des réseaux de santé avec, au coeur du système de soins, un patient qui n'est pas nécessairement un malade car le système de santé intègre l'éducation sanitaire et la prévention. Ensuite, l'auteur replace les réseaux dans les cadres légaux et réglementaire des "ordonnances Juppé" à la loi "Kouchner" relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en passant par les lois de financement de la sécurité sociale. Il expose également d'autres modalités d'organisation innovante avec l'hospitalisation à domicile, les maisons médicales, les agents de santé, la valorisation du rôle du médecin généraliste.
http://www.bourgogne.assurance-maladie.fr

CAVALLIER (G.), CADALBERT (R.), ANTONINI (J.C.) et al.
Institut des Villes. Paris. FRA
Villes, santé et développement durable.
Collection villes et société.
Paris : La Documentation française
2007
Pages : 550p., ann.
L'histoire du développement urbain en Europe, depuis la révolution industrielle, montre que la santé est devenue une composante essentielle du travail des urbanistes. La référence à un territoire, et non plus à une population ou à un groupe bien identifié, induit la prise en compte d'analyses plus globales et coordonnées dans les différents champs d'intervention de la collectivité : environnement, social, culture, économie. Car les facteurs influant sur la santé sont tout à la fois des déterminants socio-économiques (habitat, urbanisation, modes de vie, emploi...), psychoculturels (scolarisation, coutumes), géographiques (climat...), démographiques (pyramide des âges), politiques (accès aux soins, protection sociale) que sanitaires. De fortes disparités tant sociales que géographiques demeurent à travers le territoire. Cette étude très fouillée, réalisée à l'instigation de L'Institut des villes et réunissant des élus locaux, des professionnels de la santé, de l'urbanisme et des chercheurs a permis de recueillir les retours d'expériences des politiques urbaines et de santé déjà engagées afin de développer ces initiatives en y associant tous acteurs du développement local.

BERCOT (R.), DE CONINCK (F.)
Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?
Paris : L'Harmattan
2006
Vol : N° : Numéro spécial :
Pages : 148p.
L'objectif de cet ouvrage rédigé en collaboration avec Frédéric De Coninck est d'analyser les modalités du travail et de la coopération au sein des réseaux de santé et ainsi de rendre compte de ce qui peut apparaître comme un signe de distinction ou de nouveauté. L'analyse s'appuie sur le travail de terrain effectué lors des enquêtes menées en 2002-2003 dans différents réseaux de santé (réseau "ville hôpital" et réseau "ville"). Sont ainsi abordées les bonnes raisons pour monter ou ne pas monter un réseau, autrement dit la question des enjeux contradictoires pour les différents acteurs concernés. Cet ouvrage est aussi l'occasion de rendre compte des évolutions du service construit pour et avec le malade.

GRALL (J.Y.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.). Paris. FRA
Evaluation du plan urgences 2004-2008.
Paris : Mssps ; Dhos

2007/01
Pages : 33p.
Le docteur Jean-Yves Grall, conseiller général des établissements de santé, a remis son rapport d'évaluation du plan urgences 2004-2008. Il insiste sur l'importance des affectations déjà réalisées depuis 2004 (création d'emplois, consolidation ou création d'équipes mobiles gériatriques et de lits en soins de suites et de réadaptation, en court séjour gériatrique, en hôpital local et en hospitalisation à domicile). Pour la poursuite de ce plan, il propose cinq axes de recommandations : renforcer le rôle des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ; favoriser les coopérations inter-hospitalières et ville-hôpital ; informer la population sur l'utilisation du centre 15 ; adapter les évolutions de la permanence de soins (Pds) en renforçant la régulation médicale et en structurant la Pds autour des maisons médicales de garde ; améliorer la prise en charge globale des personnes âgées.
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/evaluation_planurgences/rapport.pdf

COLOMBIER (G.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales. (C.A.C.F.S.). Paris. FRA
La prise en charge des urgences médicales.
Rapport d'information de l'Assemblée Nationale ; 3672
Paris : Assemblée Nationale
2007
La démarche de la mission a consisté à étudier notre système de prise en charge des urgences médicales à chacun de ses trois niveaux distincts, solidaires et interdépendants : en amont des urgences, avec le dispositif de permanence des soins et les structures pré-hospitalières de prise en charge des urgences - services d'aide médicale urgente (SAMU), service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) ; au sein même des structures des urgences ; en aval de ces structures, que ce soit au sein des services hospitaliers de soins aigus, dans des établissements médico-sociaux ou au domicile du patient. Le rapport est organisé suivant cette stratégie d'investigation et met un accent particulier sur l'intérêt des maisons médicales de garde qui semblent être une solution intéressante au problème de la permanence des soins en amont des urgences et sur la prise en charge des personnes âgées qui furent les premières victimes de la canicule de 2003 et qui représentent une part importante des patients accueillis aux urgences. Il insiste également sur la nécessaire clarification de la filière de soins, sur l'information du public et sur l'importance des réseaux de soins afin d'assurer une meilleure complémentarité des différents acteurs au service du patient et de la continuité de sa prise en charge. C'est précisément parce que cette complémentarité n'est pas encore suffisante que les patients, en manque de repères, se dirigent - ou sont dirigés - parfois abusivement aux urgences et y stagnent, faute d'une bonne articulation avec les autres services hospitaliers ou les autres établissements d'hébergement.
http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i3672.pdf

DOVERGNE (V.), PARMENTIER (G.)
Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie. (U.N.H.P.C.). Paris. FRA
Réseaux et organisation de la cancérologie.
Paris : UNHPC
2005/02
Pages : 200p., tabl., carte, graph.
Cote Irdes : C, A3440
Ce document, destiné aux adhérents de l'Union nationale hospitalière privée de cancérologie (UNHPC), a pour but de donner des points d'appui, des points de vue, des illustrations permettant de situer les logiques dans le montage des réseaux de cancérologie. La première partie introduit et forme le cadre des travaux qui ont conduit à la parution des textes de référence pour l'élaboration des SROS. Il s'agit de rappels concernant des articles des codes de la santé et de la sécurité sociale, des principales mesures du Plan cancer concernant

l'organisation des soins et d'extraits de documents de travail, de propositions ou d'analyses déjà diffusées. En rappel aussi les conclusions du rapport Bergerot. En dernière partie, on trouve, en texte intégral, le rapport du groupe de travail de la DHOS, les recommandations de quelques sociétés savantes et enfin la toute récente circulaire du 25 février 2005.

FERLEY (J.P.), DA SILVA (E.)
Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. (U.R.M.L.). Lyon. FRA, Association de Maintien à Domicile des personnes dépendantes dans le Haut Vivarais. (M.A.D.O.). Annonay. FRA, Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire. (C.A.R.E.P.S.). Grenoble. FRA, Fondation des Caisses d'Epargne Loire-Drome-Ardèche. (F.C.E.). Saint-Etienne. FRA
Projet Mado réseau coordonné pour le maintien à domicile des personnes dépendantes dans le Haut Vivarais. Perception et attentes des professionnels et des familles relatives au réseau et à l'apport potentiel des nouvelles technologies.
Lyon : UPML
2005/09
Pages : 58p., fig., tabl.
Le projet de l'Association de Maintien à Domicile des personnes dépendantes dans le Haut Vivarais (MADO) ambitionne de structurer sur les 5 cantons du bassin d'Annonay (Haut Vivarais, Ardèche) un réseau de prise en charge coordonnée ambulatoire des personnes dépendantes. Il vise, par une amélioration de la coordination ville-structures de soins et de la coordination entre le sanitaire et le social, à proposer un dispositif assurant la continuité des soins, du social et de l'information. Il doit également permettre d'organiser au mieux le retour à domicile après une éventuelle hospitalisation. Ce réseau a pour objet de permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible, dans des conditions sanitaires et sociales optimales, des personnes âgées dépendantes et fragiles (personnes handicapées physiques de plus de 60 ans) et des personnes handicapées physiques de 18 à 59 ans souffrant d'une affection aiguë. Enfin, ce projet expérimental a également pour objectif d'être un modèle reproductible dans d'autres territoires urbains, semi urbains, ruraux et semi ruraux. Par ailleurs, une réflexion sur l'apport des nouvelles technologies a été intégrée à la réflexion plus générale portant sur la mise en place d'un réseau local coordonné avec partage de certaines informations du dossier médico-social. Les objectifs de l'étude réalisée par le CAREPS étaient de mesurer, de manière concrète, l'adhésion des professionnels et des familles de personnes dépendantes au projet MADO, d'identifier ce que les professionnels de santé et les familles des personnes dépendantes attendent des nouvelles technologies et les réticences qui peuvent se faire jour, enfin, de contribuer, par l'intermédiaire de cette étude et du rendu qui pourra en être fait, à développer la communication et à promouvoir le projet MADO.
http://www.upmlra.org/doc/hp_661_doc.pdf

L'action collective périnatalité en Ile-de-France : 1996-2000.
Rennes : Editions de l'ENSP
2005
Pages : 410p., tabl., index
Quels sont les facteurs qui contribuent à inscrire un problème de santé publique sur l'agenda politique régional ? Comment passe-t-on de directives nationales à leur déclinaison régionale et à leur mise en œuvre locale? Comment réaliser le suivi et l'évaluation d'une politique régionale? Autant de questions qui trouvent dans cet ouvrage des réponses pratiques et abondamment illustrées. Les auteurs y décrivent par le menu l'élaboration et le déroulement de la politique publique périnatale en Île-de-France, entre 1996 et 2000. Ils retracent les événements qui ont permis aux différents acteurs de peser sur la définition et la mise en œuvre de cette politique. Ils dressent l'état des lieux et exposent les réflexions qui ont émergé au sein de l'instance ad hoc mise en place par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, avec l'implication forte des professionnels. À l'heure où la périnatalité subit la pression conjuguée des contraintes organisationnelles, démographiques,

économiques, médicolégales… cet ouvrage témoigne d'une expérience collective qui a réuni l'ensemble des experts, des décideurs et des usagers autour d'objectifs et de valeurs partagés en santé publique. "Ce travail donne un bon exemple de la nécessité de la concertation interinstitutionnelle et interprofessionnelle pour réfléchir collectivement à un problème de santé. La mobilisation des acteurs est une étape indispensable à la définition d'une politique de santé publique et à sa mise en œuvre, et l'un des intérêts de cet ouvrage est justement d'expliciter le processus de mobilisation des acteurs qui a permis l'évolution des pratiques et des organisations nécessaires à la mise en œuvre effective des directives nationales." (Extrait de la préface du Pr Roland Sambuc).

MOISDON (J.C.), ENGEL (F.), LENAY (O.), VALLET (O.), LEFUR (P.), ORDONNEAU (C.), BOURGUEIL (Y.), NAIDITCH (M.)
Ecole des Mines. (Armines-CSG). Paris. FRA, Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA, Fondation Avenir. Paris. FRA, Ecole Nationale de la Santé Publique. (E.N.S.P.). Groupe Image. Saint-Maurice. FRA, Hôpital de Lagny. Marne La Vallée. FRA
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission Interministérielle Recherche Expérimentation. (M.I.R.E.). Paris. FRA, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA
M.I.R.E., I.N.S.E.R.M.
Trajectoires de patients et planification locale : bilan d'une année de fonctionnement.
Paris : MIRE
2003
Pages : 59p., tabl., graph.
Dans le cadre du programme conjoint MIRE-INSERM visant à soutenir des travaux régionaux, un réseau de chercheurs s'est constitué au courant de l'année 2002, avec l'objectif de tester l'utilisation des bases de données existantes en matière de prestations sanitaires (PMSI, Système d'information de l'assurance maladie, enquêtes diverses…) pour reconstituer des trajectoires de patients atteints d'une pathologie donnée et créer à partir de cet élément de base, de nouveaux outils d'aide à la planification locale du système de soins ville-hôpital. Ce rapport synthétise le bilan d'un an de fonctionnement de ce réseau de recherche en santé.

CORVEZ (A.), PICHERAL (H.), TONNELLIER (F.), CAREL (D.), RABIER (R.), LAPLANTE (J.J.), BERGER (A.), MAGNIN-FEYSOT (C.), BONNIER (C.), EVRARD (C.), MORIZOT (C.)
Mutualité Sociale Agricole. (M.S.A.). Besançon. FRA, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Franche-Comté. (U.R.C.A.M.). Besançon. FRA, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Aquitaine. (U.R.C.A.M.). Bordeaux. FRA, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Languedoc-Roussillon. (U.R.C.A.M.). Castelnau Le Lez. FRA, Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
Territoire et santé : du diagnostic à la pratique. Présentations, recommandations, synthèse...
Besançon
2002/12/03-04
Besançon : URCAM
2003/06
Pages : 80p., carte, tabl.
Ce document, élaboré à partir des travaux en ateliers dans le cadre du séminaire " Territoire et Santé : du diagnostic à la pratique ", présente des recommandations prioritaires dans les champs : de la prévention ; du réseau ville-hôpital ; de l'engagement de l'usager ; de la pratique médicale, de l'organisation des soins, de la lutte contre la désertification....
http://www.urcam.org/cgi/index.cfm?menu=publications&fichier=publications&bas=1

DESCOURS (C.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA

Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire.
Paris : MSSPS
2003
Pages : 40p., ann.
Les perspectives démographiques des professionnels de santé font dès à présent apparaître un vieillissement et une diminution des effectifs avec, en filigrane, l'apparition de phénomènes de pénurie sur certains territoires, si aucune mesure n'était prise. Cette relative désertification, qui peut déjà être constatée notamment dans certaines zones rurales et périurbaines, s'inscrit dans une évolution plus générale de la société et de la place que les professionnels de santé y occupent. Ce rapport dresse d'abord un état des lieux de la répartition des professionnels de santé sur le territoire français, puis analyse les raisons de cette inégale répartition. Il propose ensuite une panoplie de mesures incitatives s'adaptant à la diversité des situations locales.
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/descours2/sommaire.htm

Assemblée Nationale. Paris. FRA
Filières, réseaux, médecines ambulatoire et hospitalières : quelles synergies ?
Colloque
Paris
2001/06/06
Paris : Staut & Associés
2001
Pages : 110p.
Les nouveaux moyens de communication et de transmission, la recherche de l'efficience, les connaissances toujours plus nombreuses rendent nécessaire un exercice médical partagé dans lequel toutes les professions de santé ont leur place. Ce colloque organisé à l'Assemblée Nationale en juin 2001 avait pour objectif de réfléchir aux nouvelles relations médecine ambulatoire-hôpital, et de faire un bilan des aspects juridiques, économiques et techniques des filières et réseaux de soins en France. Il a aussi contribué à la préparation du projet de loi de modernisation du système de santé lors de la première lecture à l'Assemblée Nationale en octobre

ROELANDT (J.L.)
La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité.
Paris : La Documentation française
2002/04
Pages : 60p., graph., ann.
Ce rapport, qui prolonge la réflexion menée dans un précédent rapport remis au ministre délégué à la santé au mois de juillet 2001, s'inscrit dans une double démarche : traduire dans le domaine de la santé mentale le mouvement de fond, constaté dans tous les domaines sanitaires, mettant l'usager au centre du dispositif de santé (première partie), développer les modes de rencontre et de coopération entre les différents acteurs (usagers, institutions, élus locaux...), notamment par le biais de réseaux (deuxième partie). Le rapport est complété par une série d'annexes parmi lesquelles figurent des exemples de réseaux de santé mentale existants.

DEJARNAC (E.), JOLY (N.), VAESKEN (C.)
Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale. (C.N.E.S.S.S.). Saint-Etienne. FRA
Y a t-il une vision systémique des réseaux de soins en France ?
Saint-Etienne : CNESSS
2001
Pages : 70p., ann.

Ce mémoire fait tout d'abord, dans une première partie, un historique de l'apparition des réseaux de soins en France, puis souligne la complexité apportée au système de santé par la mise en place des réseaux suite aux ordonnances Juppé de 1996. Il démontre, dans une deuxième partie, que la mise en place d'une vision systémique est nécessaire et passe par l'articulation entre la logique des réseaux de terrain et la logique des réseaux institutionnels.

LARCHER (P.), POLOMENI (P.)
La santé en réseaux : objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital.
Objectifs en management hospitalier.
Paris : Masson
2001
Pages : 187p., tabl., graph., index
Deux circulaires ont lancé dès 1991 le concept de « réseaux ville hôpital » et en 1994 celui de « réseaux de santé ». C'est lors de la réforme hospitalière de 1996 qu'est apparue dans la loi l'expression « réseaux de soins », autre concept qui figurait également dans l'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins avec un sens encore différent. Cet ouvrage, faisant le lien entre la théorie et la pratique, a pour but de permettre aux professionnels des mondes médical et médico-social de retrouver leurs marques dans cette confusion sémantique pour assurer au patient une meilleure orientation, coordination, continuité des soins et une meilleure qualité des prestations dans ses allers-retours entre les professionnels des systèmes de soins de ville et l'hôpital. Sont également abordés les enjeux éthiques, techniques, financiers, et de politique de santé résultant d'une telle organisation, ainsi que l'évolution des textes pour s'adapter à cette transversalité nouvelle entre ville et hôpital.

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. (A.P. - H.P.). Service des Affaires Internationales. Paris. FRA, Hôpital Hadassah. Jerusalem. ISR
La complémentarité ville-hôpital.

Jérusalem : 2000/10/19
Paris : AP - HP, Hadassah international
2000/10
Pages : 37p.
Ce document présente le résumé des interventions du séminaire "La complémentarité ville-hôpital". Les différents échanges d'expériences entre l'hôpital Hadassah de Jérusalem et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ont eu pour thèmes : la prise en charge des personnes âgées en urgence ; les réseaux de soins pour les personnes âgées ; le maintien à domicile ; l'appartement hospitalier ; l'hospitalisation à domicile ; les réseaux ville-hôpital ; la prise en charge du patient en hopital de jour ; la complémentarité ville-hôpital.

BUNGENER (M.), POISSON-SALOMON (A.S.)
Agence Nationale de Recherche sur le Sida. (A.N.R.S.). Paris. FRA
Réseaux ville-hôpital pour la prise en charge des patients infectés par le VIH. Définitions, enjeux, évaluations.
Paris : ANRS
1996/05
Pages : 193p., tabl., ann.
Les auteurs présentent, dans la première partie de ce rapport, le réseau en médecine en précisant le contexte de la création des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge des patients infectés par le VIH. Dans la seconde partie, de ce document, les auteurs s'attachent à restituer les principaux résultats de l'enquête qualitative menée sur les réseaux de l'AP-HP en Ile de France : proposition d'une typologie des réseaux ville-hôpital en identifiant la coordination et l'action de ces réseaux, analyse du partage des responsabilités entre la ville et l'hôpital et des opinions des médecins concernés en précisant les caractéristiques de la

formation des professionnels. Le travail d'enquête, la méthodologie ainsi que les principales définitions, sont présentés de façon détaillée en annexe.

Filières ou réseaux de soins : vers une nouvelle organisation des prises en charges ?
Mémoire CNESSS, 37ème promotion
Saint-Etienne : CNESSS
1998
Pages : 93p.
La filière de soins s'inscrit dans une perspective de continuité des soins, de cheminement contrôlé du patient dans un système organisé. L'objectif principal poursuivi est d'améliorer le suivi des malades, de permettre l'absence de ruptures ou d'incohérences dans la prise en charge des soins, au prix, selon certains, d'un « embrigadement » du patient auquel un certain parcours est imposé. La filière sous-entend une réduction du libre accès à tous les offreurs de soins afin de limiter le nomadisme médical. Le réseau désigne une association de plusieurs personnes physiques ou morales dites « acteurs du réseau », ayant des compétences différentes et complémentaires sur une zone géographique déterminée. Ces acteurs agissent selon des valeurs et des normes partagées, sur la base d'une coopération volontaire pour améliorer la qualité de la prise en charge d'un groupe de malades. Les filières et réseaux de soins peuvent-ils constituer un levier efficace de la nécessaire restructuration du système de soins ? Cette étude s'attache à démontrer que ces structures innovantes peuvent potentiellement générer, d'une part des économies substantielles, et d'autre part, un accroissement notable de la sanitaire. Néanmoins, ces gains ne pourront être réalisés que sous des conditions strictes. (extrait de l'introduction du mémoire)

CALMES (G.), SEGADE (J.P.), LEFRANC (L.)
Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité.
Objectifs en management hospitalier.
Paris : Masson
1998
Pages : 170p., ann., index
La reconfiguration des hôpitaux ne manque pas de provoquer des controverses et de susciter de nombreuses inquiétudes. Pour y répondre, cet ouvrage propose un mode d'emploi précis et pratique de la coopération hospitalière. Il analyse d'abord la complémentarité hospitalière : modalités et objectifs ; puis la fusion hospitalière : fusion juridique et médicale ; enfin, le contexte de la coopération : réforme hospitalière, contractualisation et gestion des ressources humaines. En annexe, figurent des exemples de partenariat public/public ou privé, d'arrêtés de fusion, de direction commune à deux EPS, de chartes constitutives de communautés d'établissements de santé, de réseaux de soins.

CLAVERANNE (J.P.), LARDY (C.), CONTANDRIOPOULOS (A.P.)
La santé demain : vers un système de soins sans les murs.
Paris : Economica
1999
Pages : 298p., fig.
L'organisation physique du système de santé aujourd'hui dans tous les pays développés est le reflet de la façon dont au fil des années, durant le dernier siècle, se sont structurées les réponses que la société a apportées à l'apparition des maladies et à leurs traitements en fonction des connaissances et des technologies disponibles. L'espace occupé à un moment donné par le système de soins est découpé, segmenté, organisé à partir des catégories utilisées, au cours du temps, pour diagnostiquer, traiter et prévenir les maladies. Ces catégories, en structurant l'espace occupé par le système de soins, servent entre autres de fondations aux « murs » qui, aujourd'hui, organisent mais aussi isolent les unes des autres et parfois opposent les unes aux autres, les composantes du systèmes de soins. Les connaissances sur la santé et ses déterminants ont aujourd'hui considérablement évolué. Ces transformations radicales qui ont fait exploser les budgets et les coûts des systèmes de soins se heurtent à un autre mur : celui de la crise financière, et les pays développés sont

obligés de revoir leurs choix antérieurs. Cet ouvrage a pour objet de faire le point sur les nouveaux enjeux et les nouvelles contraintes auxquels sont confrontés les systèmes de soins, de recenser et d'analyser les expériences évaluées qui ont été menées dans différents pays pour détruire les « murs » devenus inutiles et accroître l'intégration du système de soins, d'examiner des projets de changement au service d'une véritable politique de santé.

MEYER (Ch.), COUFFINHAL (A.)
Compagnie Française de Gestion de Services de Santé. Sanesco. Boulogne Billancourt. FRA
Commissariat Général du Plan. (C.G.P.). Paris. FRA
C.G.P.
Partenariats, coordination, réseaux et filières dans le système de santé : conditions et propositions. Rapport pour le Commissariat Général du Plan.
Boulogne-Billancourt : Sanesco
1996/04
Pages : 113p., ann.
La présente étude a été menée sur la base d'entretiens réalisés auprès des acteurs et décideurs actuellement concernés par les réseaux et filières dans le système de santé. Le questionnaire proposé était organisé autour de trois axes. Une réflexion des interlocuteurs sur les différents termes utilisés dans le système français fait l'objet d'une analyse faite dans le deuxième chapitre. Un diagnostic rapide porté sur le système actuel et les projets ou expériences en cours sont présentés dans le troisième chapitre. Les auteurs présentent dans dans le quatrième chapitre un rapide bilan critique de ces expériences. Les modifications envisagées ou souhaitées par les différents acteurs, les limites ou les cadres de réformes sont également exposées dans ce chapitre. Les auteurs présentent les principales conclusions dans le cinquième chapitre.

BUNGENER (M.), POISSON-SALOMON (A.S.)
Travailler et soigner en réseau : exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne.
Questions en santé publique.
Paris : Editions INSERM
1998
Pages : 161p.
L'analyse des réseaux ville-hôpital mis en place dès 1991 pour la pathologie sida permet de préciser ce que peut être au quotidien un réseau, ses atouts, ses apports mais aussi ses difficultés et ses limites. A ce titre, ils constituent un modèle nécessaire pour penser de nouvelles formes des structures de soins innovants et répondre aux nouveaux défis du système de soins français. L'un des intérêts de cet ouvrage est de formuler clairement un certain nombre de questions en rapport avec les dysfonctions que les participants observent dans les réseaux, par exemple, la pertinence et l'efficacité des formations internes ou les difficultés liées au paiement à l'acte des professionnels libéraux impliqués. Il montre également la nécessité d'encadrer la création, le développement et le financement des réseaux par des exigences véritables de résultats.

Articles

Quelle organisation de la santé en 2030 ? Essai de prospective.
CAILLET (René)
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°562, 2015/01/01
[BDSP. Notice produite par EHESP qG8ER0xm. Diffusion soumise à autorisation]. Le progrès médical et technologique suscite des avancées remarquables, en rapport avec

l'explosion des systèmes d'information et des biotechnologies. Le rythme d'accroissement des connaissances médicales s'accélère. Conjointement, apparaissent de nouvelles maladies et une nouvelle médecine. Nos modèles de soins, et avec eux la médecine et l'hôpital, sont interrogés. Cet article dresse un panorama des principaux bouleversements à venir dans notre système de santé mettant en avant les évolutions de la pratique médicale et la réorganisation de l'offre de santé. Il esquisse les grandes transformations des quinze dernières années du secteur hospitalier et esquisse les grandes tendances de l'hôpital du futur : accélération du mouvement de coopération/mutualisation, réorganisation des espaces, disparition du modèle pyramidal.

Parcours de santé : enjeux et perspectives. Dossier.
FERRY-LEMONNIER (Elisabeth),MONNET (Elisabeth),PRISSE (Nicolas),et al.
C, P49
ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE, n°88, 2014/09/01
[BDSP. Notice produite par EHESP R0xGqDl7. Diffusion soumise à autorisation]. La notion de "parcours" est de plus en plus fréquemment utilisée par les acteurs du système de santé. Elle porte un des axes de la loi Santé actuellement en préparation et figure dans chacune des lois de financement de la Sécurité sociale depuis 2012. Elle est citée dans de nombreux plans de santé publique (par exemple ceux décrivant la prise en charge des cancers, des accidents vasculaires cérébraux, de l'obésité morbide). Pour autant, cette notion interroge encore beaucoup de professionnels de santé. Que pouvons-nous en dire en 2014 ?

Comment adapter la prise en charge des personnes âgées en établissement de santé ?
JEANDEL (Claude),VIGOUROUX (Philippe)
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°559, 2014/07/01
[BDSP. Notice produite par EHESP 9FIGR0xn. Diffusion soumise à autorisation]. Le vieillissement démographique qui caractérise la plupart des pays occidentaux représente un défi à la fois social, médical et économique. En France, le nombre des plus de 75 ans devrait évoluer de 4,2 à 8,3 millions entre 2000 et 2030. Comment agir pour que l'hôpital réponde mieux aux besoins des personnes âgées hospitalisées ou à domicile et n'entraîne pas des situations de perte d'autonomie ? Après un point sur les caractéristiques de la prise en charge hospitalière des personnes âgées (durée moyenne de séjour, pathologies.), cet article présente plusieurs pistes pour un hôpital du futur gériatrique.

La prise en charge du cancer : l'hôpital à la ville, un parcours de soins mieux coordonné.
EVAIN (Aldric),RAYNAUD (Catherine)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°531, 2013/12/01
[BDSP. Notice produite par EHESP nR0xJGFH. Diffusion soumise à autorisation]. Créé en 2011 par nile et Pfizer, le groupe 2LS de réflexion "pour le passage d'une logique de structure à une logique de soins" réunit des expertises pluridisciplinaires. Professionnels de santé, élus, institutionnels, industriels, assureurs complémentaires, malades et associations de malades échangent afin d'apporter des réponses aux ruptures observées dans la coordination hôpital/ville.

Le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation : une montée en charge réussie sur le volet maternité, une meilleure coordination ville-hôpital sur l'orthopédie et l'insuffisance cardiaque.
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA
C, En ligne
POINT D'INFORMATION (CNAMTS), n°, 2013/10

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/23102013_DP_Point_de_situation_Prado.pdf
Ce dossier de presse fait un point de situation sur le service PRADO près de 3 ans après son lancement. Le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation permet au patient qui le souhaite de pouvoir retourner chez lui lorsque son hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale, tout en bénéficiant d'une prise en charge à domicile, et fluidifie ainsi le parcours hôpital-ville. Le service a été, dans un premier temps, mis en place dans l'objectif d'accompagner les femmes après un accouchement. Avec plus de 120 000 jeunes mères adhérentes au service depuis 2010, la CNAMTS estime que ce programme, qui bénéficie maintenant à 3 femmes sur 10 ayant eu un accouchement par voie basse, "répond véritablement aux attentes des assurées". Selon une évaluation détaillée menée par la caisse nationale, 91 % des jeunes mères qui ont bénéficié de ce service se déclarent ainsi très satisfaites avec un meilleur suivi de la part des sages-femmes. Les bénéficiaires du service sont également plus nombreuses à réaliser la rééducation post-natale. Mais, selon les données de l'Assurance Maladie, la durée de séjour des femmes bénéficiant du programme d'accompagnement du retour à domicile apparaît légèrement plus courte que celle des autres femmes éligibles observées : 3,98 jours versus 4,07 jours. La réduction est faible. Le programme est aujourd'hui en cours de déploiement pour certaines

Parcours de soins. Une nouvelle approche de la coopération en santé.
GALLET (Bruno)
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°549, 2012/11-12
[BDSP. Notice produite par EHESP FB7CGR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le développement récent de la notion de parcours de soins se situe à la croisée de préoccupations économiques et organisationnelles, au service d'une approche globale de la personne prise en charge. Vecteur d'expérimentations ou méthode d'économie et de restructuration, elle conduit à une nouvelle conception de la coopération, plus ambitieuse.

Impact des évolutions démographiques sur les organisations sanitaires. Acteurs et métiers du soin.
BERTHEL (M.), PETER-BOSQUILLON (M.C.)
C, P8
GERONTOLOGIE ET SOCIETE, n°142, 2012/09
[BDSP. Notice produite par FNG R0xFGlsC. Diffusion soumise à autorisation]. Le nombre de personnes très âgées augmente et va continuer à augmenter. La polypathologie, les pathologies chroniques et leurs répercussions fonctionnelles sont les caractéristiques des besoins de santé du grand âge. Le schéma traditionnel - signes, diagnostic, traitement, guérison - valable chez le sujet jeune, n'est plus pertinent. Les organisations sanitaires doivent s'adapter à cette réalité. Les professions de santé et les professions de l'aide ont à conjuguer leurs activités et leurs relations dans une réelle pluridisciplinarité. Plusieurs milliers d'emplois sont à créer, parmi lesquels des emplois nouveaux. Plusieurs milliers de personnes sont à former. (R.A.).

Parcours de soins. Une nouvelle approche de la coopération en santé.
GALLET (Bruno)
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°549, 2012/11-12
[BDSP. Notice produite par EHESP FB7CGR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le développement récent de la notion de parcours de soins se situe à la croisée de préoccupations économiques et organisationnelles, au service d'une approche globale de la personne prise en charge. Vecteur d'expérimentations ou méthode d'économie et de restructuration, elle conduit à une nouvelle conception de la coopération, plus ambitieuse.

L'évolution "idéale" du système de santé français vue de l'étranger.

BROWN (L.)
P168
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE , n°37, 2012
In : Des idéaux pour la santé ?
Les réformes des systèmes de santé ont souvent reposé sur des idéaux que les réalités ont démentis. Les défis auxquels ces systèmes sont aujourd'hui confrontés appellent un renouveau du paradigme réformateur, conciliant recherche de l'efficience et adhésion de la population et des acteurs professionnels aux politiques conduites. Le système français s'est engagé dans un processus pragmatique et éclectique de réforme. Pour l'avenir, dix priorités peuvent être avancées pour structurer les politiques de santé (résumé de l'éditeur).

Le réseau de santé du Val-de-Saöne, une activité polyvalente.
CHAUX (C.), FREMY (M.), JANIN (G.)
P198
MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC, vol. 8 n°4, 2012
La multiplication des spécialités et des technologies, celle des intervenants qui en est résultée, aboutissent souvent à de véritables méconnaissances et cloisonnements entre l'hôpital et la ville, entre généralistes et spécialistes, entre médecins et autres professionnels de santé. Cela se fait au détriment du patient, du suivi et de la coordination des diverses interventions, de plus en plus centrées sur la seule maladie, et même sur un moment de cette maladie, en oubliant la nécessaire continuité de soins centrés sur le malade. Ce problème est particulièrement important pour les maladies chroniques, surtout quand apparaît une diversité de besoins, tant sur le plan des soins médicaux que celui des soins d'accompagnement ou de support. Ces constats ont conduit à la création des réseaux de soins. Mais à ce niveau de nouveaux cloisonnements sont survenus également, les réseaux concernant le plus souvent une maladie précise.

Le territoire comme élément structurant de l'organisation d'un système de santé.
LUCAS-GABRIELLI (V.) , COLDEFY (M.), VAILLANT (Z.) , RICAN (S.) , SALEM (G.) et al.
R1852, B7091
CONTACT SANTE, vol. hors série n°4, 2011/09
In : Territoires et santé. La nouvelle donne.
http://www.elserevue.fr/wordpress/wp-content/uploads/2011/11/PARUTION-Sommaire-Territoires.pdf
Ce numéro spécial aborde la santé sous l'angle territorial. Après une définition et un historique de la territorialité, les thèmes traités sont les suivants : le territoire comme élément structurant de l'organisation des services de santé, la loi Hôpital Patients Santé et Territoires deux ans après, les instruments de la politique régionale de santé, la démographie médicale, les maisons et réseaux de santé...

HUARD (P.), SCHALLER (P.)
Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques : 1. Problématique.
PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS
2010/07-09
N°: 3 Pages : 237-245
[BDSP. Notice produite par CNAMTS lR0x8ktH. Diffusion soumise à autorisation]. Le premier article de cette étude sur l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques vise à formuler une problématique liée en particulier, à l'évolution de la morbidité sur les dernières décennies. Pour y parvenir, les points suivants sont successivement abordés : - en premier lieu, les auteurs cherchent à expliquer l'écart d'efficacité de la prise en charge, entre les maladies aiguës et les maladies chroniques ; - en second lieu, ils soulignent les carences de l'organisation du système, en précisant les causes et conséquences de la prédominance de l'hôpital et d'une médecine ambulatoire à la traîne ; - en troisième lieu, ils analysent, à partir d'exemples français et suisses, pourquoi les mesures retenues pour améliorer la prise en charge des pathologies chroniques, ont souvent des résultats limités.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS1003_Pathologies_chroniques_-_problematique.pdf

Quelle organisation sanitaire alternative pour le système sanitaire français ?
REVUE DE L'IRES (LA)
2008/4
N°: 59 Pages : 41-74
Les éléments d'organisation alternative exposés ici reposent sur un principe stratégique fondamental : la responsabilisation privilégiée des instances politiques dans la mise en œuvre d'une politique de santé publique. Il nous paraît en effet essentiel de re-politiser (au sens noble du terme) les enjeux stratégiques d'une politique de santé et de clairement distinguer ce qui est de l'ordre de l'expertise technique de ce qui est de l'ordre du choix politique : quelle stratégie de la santé, quels objectifs, quels moyens, quels résultats escomptés ? Voici donc quelques propositions structurelles à débattre.
http://www.ires-fr.org/IMG/File/R59-2.pdf

Réseaux de santé et territoires : où en sommes-nous ?
INFORMATIONS SOCIALES
2008/05
N° : 147
Pages : 72-81
[BDSP. Notice produite par APHPDOC lICIR0xH. Diffusion soumise à autorisation]. Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès, la coordination et la continuité des soins en prenant en compte la globalité des besoins des usagers. Ils agissent en faveur du décloisonnement des secteurs et des interventions. Leur couverture territoriale est loin d'être exhaustive. Pour autant, ils constituent un levier important en faveur de l'innovation organisationnelle et de la mutualisation de l'offre de services sur un territoire donné. A partir de leur fonctionnement, il s'agit d'anticiper les changements profonds auxquels notre système de santé est actuellement confronté. (R.A.).

CORDIER (Marie)
Hôpitaux et cliniques en mouvement : changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2008/04
N° : 633
Pages : 8p., tabl., graph.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE GR0xn9Ip. Diffusion soumise à autorisation]. Les établissements de santé sont confrontés à des évolutions majeures à la fois dans la planification sanitaire, dans leur mode de financement et pour les hôpitaux publics, dans leur organisation interne. En 2007, 95% des établissements appartiennent à un réseau, partenariat ou structure de coopération. Les partenariats pour hospitalisation ou pour soins infirmiers à domicile ont doublé en quatre ans (60% en 2007 contre 30% en 2003). Ces quatre dernières années, 70% des établissements ont modifié la prise en charge des patients avec l'augmentation de l'activité ambulatoire et 80% ont développé les activités transversales telles que la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er633.pdf

POUTOUT (Gilles)
Réseaux de santé. 2002-2006 : de la consécration aux incompréhensions.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2007/07-08
N° : 517
Pages : 46-50

[BDSP. Notice produite par ENSP B1ajR0xE. Diffusion soumise à autorisation]. Après une première partie consacrée à la genèse des réseaux de santé, parue dans le n° 516 de mai-juin 2007, l'auteur poursuit son étude sur les réseaux de santé en distinguant deux périodes. La première période, de 2002 à 2005, qui peut être qualifiée d'âge d'or, se présente comme une phase de développement actif des réseaux. Les ambiguïtés nées des précédents textes abrogés s'estompent, les moyens financiers sont globalement en adéquation avec les besoins, les incitations à la création de réseaux sont récurrentes de la part des pouvoirs publics et le professionnalisme des acteurs engagés s'accroît. La deuxième période, à partir de 2006, marque un tournant négatif. La publication en septembre du rapport de l'IGAS jette le discrédit sur le financement et le bilan des réseaux, ce qui conduit, la loi de financement de la sécurité sociale 2007 à supprimer le FAQSV et la DDR pour leur substituer un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Doté dune architecture de gestion complexe, ce fonds rend peu visible les réseaux de santé qui sont noyés au sein de multiples actions.

ALLARIA-LAPIERRE (V.), BLANC (V.), JACQUEME (B.), HORTE (C.), CHANUT (C.)
Prise en charge ambulatoire de la douleur chronique.
PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS
2007/01-03
Vol : 38 N° : 1
Pages : 21-29
[BDSP. Notice produite par CNAMTS eR0xFOyZ. Diffusion soumise à autorisation]. Menée entre octobre 2003 et janvier 2005 en région Provence - Alpes - Côte d'Azur, cette étude a analysé la prise en charge de la douleur et en a tiré les conclusions suivantes : - le médecin traitant s'inscrit au centre de la prise en charge, - l'accès aux structures spécialisées montre une importante disparité intra régionale, - les douleurs chroniques relevant d'une pluridisciplinarité, le développement de réseaux ville-hôpital faciliterait le parcours de soins.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Prise_en_charge_ambulatoire_de_la_douleur_chronique.pdf

ESCANO (G.)
Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bourgogne. (U.R.C.A.M.). Dijon. FRA
La difficile évaluation des réseaux de santé - Bilan et perspectives 8 ans après les ordonnances "Juppé".
Dijon : URCAM
NOTES ET DOCUMENTS
2007/05
N° : 47
Pages : 107p.

L'auteur de ce document fait le point sur le concept et les finalités des réseaux de santé avec, au coeur du système de soins, un patient qui n'est pas nécessairement un malade car le système de santé intègre l'éducation sanitaire et la prévention. Ensuite, l'auteur replace les réseaux dans les cadres légaux et réglementaire des "ordonnances Juppé" à la loi "Kouchner" relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en passant par les lois de financement de la sécurité sociale. Il expose également d'autres modalités d'organisation innovante avec l'hospitalisation à domicile, les maisons médicales, les agents de santé, la valorisation du rôle du médecin généraliste.
http://www.bourgogne.assurance-maladie.fr

DOMINIAK (G.), CHARLOIS (A.L.), PERCEVAL (M.), LAVILLE (M.), COLIN (C.), TOUZET (S.)
Évaluation économique des réseaux : apport d'expériences.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2006/11-12

Vol : 24 N° : 7-8
Pages : 403-414, rés., tabl.,ann.
[BDSP. Notice produite par ORSRA A8ezR0xF. Diffusion soumise à autorisation].
L'évaluation des réseaux de santé est une obligation juridique. Son versant économique doit permettre d'apprécier les coûts afférents au réseau. Si des recommandations méthodologiques sont proposées par des documents de référence, les modalités de réalisation pratique sont peu documentées. Notre objectif a été de déterminer, sur la base d'analyse d'expériences d'évaluations économiques, l'intérêt de différents choix méthodologiques. Nous avons étudié les évaluations économiques de 6 réseaux : Resalis, Action Asthme Amiens, Groupama Partenaires santé, Revediab, Tircel, Réseau Périnatalité Bourgogne. Les schémas d'études descriptifs, "avant-après", avec ou sans groupe contrôle, et ici-ailleurs ont été choisis. Conclusion : le niveau de preuve des évaluations observées est inférieur à celui attendu. Les difficultés pour obtenir des données fiables sur la consommation de soins, constituer un groupe contrôle et déterminer un critère de jugement cliniquement pertinent limitent la qualité de l'évaluation médico-économique. La formalisation d'échanges entre réseaux de thème identique pourrait aider à l'améliorer en proposant des protocoles d'évaluation méthodologiquement valides, tenant compte de la réalité du terrain. (Résumé d'auteur).

CHVETZOFF (Roland), ROOS (Marie-Thérèse), SCEMAMA (Albert), MANDELBAUM (Bertrand), BAQUE (Alain)
Quels indicateurs pour la gouvernance des réseaux de santé ? Exemple du réseau gérontologique Carmad.
Analyse. L'hôpital en mutation.
GESTIONS HOSPITALIERES
2006/08-09
N° : 458
Pages : 457-464
[BDSP. Notice produite par ENSP PR0x3q0G. Diffusion soumise à autorisation]. Fruit d'une réflexion pluridisciplinaire des professionnels de santé de ville du bassin de Plaisir/Saint-Quentin-en-Yvelines, Carmad est un réseau de santé qui travaille depuis octobre 2005 pour le maintien des personnes âgées et pour la promotion de la gérontologie en ville. Carmad a inclus deux cents patients sur une période de neuf mois et formalisé des partenariats avec près de 35% des professionnels de santé de ville et 39% des médecins généralistes du territoire. Les auteurs proposent ici deux indicateurs de gouvernance du réseau : le taux de service médical et social rendu (SMSR) et le coût par patient (CPP). Ces deux indicateurs doivent amener les dirigeants de Carmad et les financeurs à un pilotage commun pour une meilleure efficience du réseau.

CHANUT (C.), CARLES (M.), FOURNY (M.), FRANCOIS (P.), AUQUIER (P.)
Une grille d'évaluation des réseaux de santé.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2005/11-12
Vol : 23 N° : 7-8
Pages : 425-437, rés., tabl.
[BDSP. Notice produite par ORSRA CwlfXR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de ce travail était d'élaborer une grille pragmatique et opérationnelle d'évaluation des réseaux de santé. La grille a été élaborée par un groupe de travail pluridisciplinaire regroupant des décideurs, les financeurs et des experts de santé publique, en prenant en compte les recommandations de différentes instances françaises, la littérature scientifique et le terrain d'observation. La grille d'analyse se décompose en quatre domaines après une partie introductive standardisée de présentation du réseau : évaluation de la couverture géographique, de l'organisation, des services et des activités produits, et des résultats du réseau. Pour chaque domaine sont proposés les données à recueillir, la source d'information de ces données, des indicateurs élaborés à partir de ces données et des commentaires sur

l'interprétation de ces indicateurs. Cette grille n'est pas figée mais au contraire dynamique, amenée à évoluer par la prise en compte des spécificités de chaque réseau. Elle doit intégrer la réalité complexe et évolutive des réseaux dans le domaine de la santé. (résumé d'auteur).

FORTANIER (C.), BOYER (L.), TONNAIRE (G.), CHANUT (C.), FRANCOIS (P.), AUQUIER (P.)
Enjeux économiques des réseaux de santé : quelle évaluation ?
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2005/11-12
Vol : 23 N° : 7-8
Pages : 415-424, rés.
[BDSP. Notice produite par ORSRA wJ8IR0xv. Diffusion soumise à autorisation]. Les réseaux de santé constituent une innovation organisationnelle en matière de santé et posent aujourd'hui la question de l'évaluation des effets produits, notamment en termes de retombées économiques. Nous proposons d'adapter les outils existants d'évaluation économique des stratégies sanitaires à l'étude d'objets complexes comme les réseaux de santé en précisant un certain nombre de points méthodologiques autour de la mesure des résultats et des coûts. Nous soulignons par ailleurs que la démarche évaluative de l'impact économique des réseaux de santé ne peut être complète si elle ne considère pas, au-delà des questions d'efficience, une analyse monographique de la dynamique d'acteurs, de l'émergence de nouvelles pratiques collectives et de nouveaux modes de coordination, qui pourra s'articuler autour de réflexions récentes de la littérature économique et en économie de la santé. (résumé d'auteur).

BOURGUEIL (Y.), FRY (C.), JARS (I.), LEROUX (V.), PERRIER (L.), PHILIP (T.), ABDALLAH (M.), RAPIAU (M.T.) et al.
La dépendance : de l'hôpital à la ville.
Paris : Lavoisier
SANTE ET SYSTEMIQUE
2005
Vol : 8 N° : 3
Pages : 259p.
Ce fascicule rassemble les réflexions de la journée de conférence de consensus du 9 décembre 2004 sur les modes de prise de la dépendance, organisée par la Société française d'économie de la santé (SFES), de la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) et de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Il aborde les problématiques suivantes : les caractéristiques des systèmes d'information existants et de ceux qu'il conviendrait de mettre en place, l'ampleur du champ et les interactions à considérer pour organiser efficacement la prise en charge sur le plan économique, l'évaluation des innovations techniques dans le cadre de la prise en charge du retour et/ou du maintien à domicile, la validité et la crédibilité du critère de satisfaction des patients et des aidants dans l'évaluation du retour et/ou du maintien à domicile, les recommandations à proposer pour le financement retour et/ou du maintien à domicile.
http://ses.revuesonline.com/resnum.jsp

DOMIN (Jean-Paul)
Les réseaux ville-hôpital : vers un nouveau mode de régulation en santé publique ? Un territoire pour la santé.
GESTIONS HOSPITALIERES
2002/06-07
N° : 417
Pages : 449-456
[BDSP. Notice produite par ENSP g73FR0xy. Diffusion soumise à autorisation]. La crise économique a mis en évidence la nécessité d'une réforme du dispositif de santé publique

existant, articulé autour d'une forme sociale de médicalisation intensive. L'expérimentation des réseaux depuis le milieu des années 1980 semble répondre aux attentes des malades et offre une issue à la crise du système de soins. La mise en place d'une telle logique favoriserait alors la naissance d'un nouveau mode de régulation : la médicalisation coordonnée.

FOURNIER (P.)
La collaboration ville-hôpital. De la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile.
Réseaux et coordination.
GERONTOLOGIE ET SOCIETE
2002/03
N° : 100
Pages : 131-145, tabl.
[BDSP. Notice produite par FNG gR0xr0m8. Diffusion soumise à autorisation]. Avec le vieillissement de la population et l'arrivée des pathologies du grand âge, le recours à l'hôpital est plus fréquent. Il faut éviter au maximum les entrées catastrophes par les urgences. La filière de soins hospitalière doit développer des alternatives plus satisfaisantes et moins traumatisantes : consultation d'évaluations, hôpital de jour, hospitalisation programmée, etc.. La collaboration ville-hôpital passe par des moyens de communication pour transmettre des données médicales, sociales et environnementales. Ce partenariat est favorisé par les réseaux et doivent permettre de limiter les hospitalisations injustifiées, de réussir les sorties difficiles et d'améliorer l'état de santé de la population âgée par la transmission d'un savoir-faire gériatrique.

GARCIA (E.)
Groupe de Recherches Appliquées aux Pratiques Hospitalières et aux Organisations de Soins. (G.R.A.P.H.O.S.). Lyon. FRA
Mise en place d'un réseau Télémédecine : enseignements et pistes de travail.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2001/09-10
Vol : 19 N° : 5-6
Pages : 391-400, rés.
[BDSP. Notice produite par ORSRA NR0xaXVc. Diffusion soumise à autorisation]. L'objet de ce papier est de présenter un cas pratique de réalisation d'un projet à partir de la mise en place d'un réseau Télémédecine entre la ville et l'hôpital. Ce projet, ayant pour finalité l'instauration d'un système de communication reposant sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication, sera approché par l'intermédiaire de ses objectifs, ses ressources, ses activités avant d'en mesurer les résultats obtenus sur le terrain, les difficultés rencontrées et les pistes de travail qui se dessinent aujourd'hui pour sa pérennisation et son développement. (R.A.).

POUTOUT (G.), PINCHEZON (D.), ARNAL (B.), TARRISSON (B.), BONY (A.)
Réseaux de soins et coordination gérontologique.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2000/09-10
N° : 5 :
Pages : 64-76
[BDSP. Notice produite par FNG kT41R0x4. Diffusion soumise à autorisation]. Ce dossier consacré aux réseaux et à la coordination gérontologique comporte cinq articles traitant successivement de la vocation de la coordination gérontologique ; des réseaux gérontologiques de la MSA ; du réseau et de la coordination gérontologique de Lunel ; du centre d'évaluation, d'orientation et de coordination gérontologique Murat-Allanche ; des objectifs et du cahier des charges des CLIC.

GILIBERT (Pierre)
Les réseaux et l'hôpital.
Réseaux de santé et filières de soins.
ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
1998/09
N° : 24
Pages : 35-36
[BDSP. Notice produite par CFDSP rQIhR0xR. Diffusion soumise à autorisation]. Le réseau a pour objectif de participer à la continuité des soins en évitant la rupture de la chaîne des soins, à la recherche de la qualité des soins, à l'optimisation des ressources tout en favorisant la proximité spatiale. Ces objectifs supposent la mise en place d'un système d'information et de moyens de communication entre les membres du réseau.

DELANDE (G.)
Filières et réseaux en santé : une approche médico-économique.
GESTIONS HOSPITALIERES
1999/12
N° : 391
Pages : 746-755
Confrontée au problème récurrent de la dérive des dépenses de santé, la France a été caractérisée par un refus d'évolution beaucoup plus marqué que la plupart des autres pays développés. Ce n'est en effet qu'avec les ordonnances d'avril 1996 que s'est exprimée une volonté politique plus insistante de remettre en cause la situation antérieure de « gaspillage négocié » entre de multiples corporatismes sous le regard d'un Etat bienveillant, tout au moins tant que durèrent les performances économiques exceptionnelles des Trente Glorieuses (1945-1975).

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bourgogne. (U.R.C.A.M.). Dijon. FRA
Filières et réseaux de soins : actes de la journée du 18 septembre 1998.
Dijon : URCAM
NOTES ET DOCUMENTS
1998/12
N° : 6
Pages : (80p.)
Ce document rend compte d'une journée organisée par l'URCAM de Bourgogne sur le thème : « Filières et réseaux de soins ». Après un panorama de la problématique filières et réseaux et une présentation de la commission Soubié, il analyse les différents projets en cours.

SOUVILLE (M.), MOATTI (J.P.), OBADIA (Y.), HUARD (P.), MORIN (M.)
La dynamique des réseaux ville/hôpital pour la prise en charge du Sida en médecine générale : entre spécialisation et nouvelle forme d'organisation des soins.
REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES
1998/07-09
52 N° : 3 :
Pages : 155-171
L'enquête, réalisée en collaboration entre l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'Unité INSERM n° 379, avec le soutien du Sidaction et du Conseil national de l'Ordre des médecins, auprès d'un échantillon national représentatif des médecins généralistes français sur leurs connaissances, attitudes et pratiques face à l'infection à VIH permet, pour la première fois de façon exhaustive, de resituer l'activité et les éventuelles spécificités des médecins participants à des RVH en comparaison des autres généralistes activement engagés dans le suivi de patients séropositifs, et d'en tirer des leçons sur le devenir potentiel des réseaux de soins, tant pour le Sida que pour d'autres pathologies lourdes candidates à l'extension de cette forme d'organisation nouvelle de l'offre de soins.

Les alternatives à l'hospitalisation

Hospitalisation à domicile

Ouvrages, rapports, working papers

Rapport de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée d'octobre 2014.
Ministère chargé de la Santé. Direction Générale de l'Offre des Soins. (D.G.O.S.). Observatoire Economique de l'Hospitalisation Publique et Privée. (O.E.H.P.P.). Paris. FRA
En ligne
Paris : OEHPP, 2015/01
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/observatoire_economique_hospitalisation_privee_-_rapport_octobre_2014.pdf
Conformément à ses attributions, l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée a analysé les données d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes aux établissements de santé sur la période des six premiers mois 2014 qui ont été produites par l'ATIH et la CNAMTS. Les résultats présentés au sein de ce rapport sont issus de traitements statistiques basés sur les données recueillies notamment dans le cadre du PMSI et du SNIIRAM. Ces données ne portent que sur le seul champ régulé des établissements de santé. L'un des faits marquants de ces six premiers mois réside dans la poursuite du fort dynamisme des dépenses du poste « médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) » facturés en sus des tarifs de prestation d'hospitalisation. Les six premiers mois de l'année 2014 sont marqués par la poursuite du dynamisme des dépenses de la liste en sus et notamment pour le secteur MCO ex-DG (+ 7,6 %) mais également pour l'OQN SSR et l'OQN PSY.

Implementation of hospital at home: orientations for Belgium.
FARFAN-PORTET (M.I.),DENIS (A.),MERGAERT (L.),et al.
Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.). Bruxelles. BEL
En ligne
Bruxelles : KCE, 2015
http://kce.fgov.be/fr/node/2901#.VZ_XALW8o6U
L'hospitalisation à domicile (HAD) consiste à délivrer à domicile des soins spécialisés qui ne sont normalement délivrés qu'à l'hôpital. C'est un concept qui s'inscrit dans la tendance actuelle à raccourcir les durées de séjour à l'hôpital, voire à éviter l'hospitalisation, mais qui répond aussi aux préférences de beaucoup de patients qui souhaitent recevoir des soins, même complexes, dans leur environnement familier. Il existe déjà quelques initiatives en Belgique, mais elles sont isolées et sans règles communes de fonctionnement. Il devient donc nécessaire d'organiser un cadre de référence clair et de déterminer qui fait quoi et avec quelles responsabilités. Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a examiné les modalités d'organisation de l'HAD à l'étranger afin de définir, en concertation avec des représentants des acteurs de terrain et des autorités de santé belges, les grandes lignes d'un modèle applicable à la Belgique. Toutefois, étant donné les nombreuses questions encore à résoudre (par exemple en lien avec la réforme du financement des hôpitaux), il a été jugé préférable de commencer par explorer différentes pistes via des projets pilotes plutôt que de déployer immédiatement l'HAD à grande échelle (résumé de l'éditeur).

Fin de vie des personnes âgées. Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France.

Observatoire National de la Fin de Vie. (O.N.F.V.). Paris. FRA
En ligne
Paris : ONFV, 2014/01
http://www.onfv.org/wp-content/uploads/2014/10/RAPPORT-ONFV-2013.pdf
Après avoir consacré son rapport 2012 à la question de la « Fin de vie à domicile », en 2013 l'Observatoire National de la Fin de Vie a décidé de mettre un coup de projecteur sur la fin de vie des personnes âgées. L'Observatoire National de la Fin de Vie a décidé de reprendre à son compte la notion de "parcours de santé" mise en avant dans la Stratégie Nationale de Santé. Cette approche permet de mieux comprendre la réalité concrète de la fin de vie des personnes âgées, au-delà des chiffres et des statistiques. En outre, cela montre la diversité et le caractère évolutif des situations auxquelles notre système de santé doit répondre. Chacun des sept chapitres de ce rapport débute donc par l'histoire (fictive) d'une personne âgée en fin de vie et de son parcours de santé. Ce rapport se conclue par des propositions concrètes destinées à améliorer la fin de vie en maison de retraite, à domicile et à l'hôpital, et pour les personnes handicapées.

Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements d'hospitalisation à domicile (HAD), France, mai-juin 2012. Résultats.
Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales de Paris-Nord. (C.C.L.I.N.). Paris. FRA
C, en ligne
Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2014
http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2015/Enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissements-d-hospitalisation-a-domicile-HAD-France-mai-juin-2012
[BDSP. Notice produite par InVS 89R0xBBD. Diffusion soumise à autorisation]. En mai et juin 2012, l'enquête nationale de prévalence (ENP) des infections nosocomiales (IN) et des traitements anti-infectieux en hospitalisation à domicile (HAD) a inclus 179 HAD et 5 954 patients ; 55,3% des HAD du secteur public, 35,2% du secteur privé, 9,5% du secteur privé d'intérêt collectif et respectivement 36,8%, 45,6% et 17,6% des patients. Les HAD "services" rattachées à un établissement de santé représentaient 65,4% des HAD participantes et ont contribué à 40% des patients inclus dans l'enquête. Au total 403 patients (6,8%) avaient une ou plusieurs IN active (s) et 906 (15,2%) étaient traités par au moins un anti-infectieux dont 97% traités par au moins 1 antibiotique. Un peu plus de la moitié des IN (56%) était importée d'un autre établissement et 35,5% acquises en HAD. Les principales caractéristiques et exposition à certains facteurs de risques infectieux retrouvées étaient un âge>=65 ans (58,1%), un score de Mac Cabe de 1 ou 2 (49%), une immunodépression (25,4%), un cancer évolutif (33,7%) ; 41,9% des patients étaient porteurs d'au moins un dispositif invasif : cathéter vasculaire (31,5%, dont 19% de chambre à cathéter implantable et 2,7% de cathéter central à insertion périphérique), sonde urinaire (12,9%), intubation/trachéotomie (3,5%). Quatre sites infectieux représentaient environ 3 IN sur 4 : infection urinaire (26,9%), infection de la peau/tissus mous (17,6%), infection du site opératoire (15%) et infection respiratoire (13,5%). Les trois micro-organismes les plus fréquents étaient Staphylococcus aureus (part relative 20,7%) Escherichia coli (20,1%) et Pseudomonas aeruginosa (11,1%). Les résistances étaient respectivement de 28,1% à la méticilline pour S. aureus, 21,7% et 34,8% aux céphalosporines de 3e génération (C3G) pour E. coli et P. aeruginosa, respectivement. Deux familles d'antibiotiques représentaient plus de 60% des molécules prescrites : les béta-lactamines (46,1%), en majorité pénicillines et C3G (respectivement 25,0% et 16,0%), et les fluoroquinolones (16,8%). Par contexte de prescription, les patients étaient traités pour infection communautaire (40%) ou pour IN (38%), plus rarement pour antibioprophylaxie médicale ; la voie orale (61,3%) était la voie d'administration la plus utilisée pour les antibiotiques ; le motif principal de prescription était tracé dans le dossier du patient dans 84,1% des cas. L'ENP 2012 a permis de mettre en évidence l'importance de la

mobilisation des HAD autour d'un projet de surveillance des IN et des consommations d'anti-infectieux. La participation de ces établissements apporte, pour la première fois, des données de référence utiles pour adapter et orienter les programmes de lutte contre les IN au niveau national, voire local, et renforcer les actions pour le bon usage des antibiotiques.

L'hospitalisation à domicile en 2013 : Assemblée générale 2014, Pays d'Artois.
Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. (F.N.E.H.A.D.). Paris. FRA
B7219
Paris : FNEHAD, 2014
Après une définition de l'hospitalisation à domicile, ce document présente les chiffres-clés de ce secteur en 2013. Il décrit les caractéristiques des structures, le taux de couverture sur le territoire, les principales prises en charge, la trajectoire des patients, la fin de vie et et les soins palliatifs, l'évaluation de la qualité et de la sécurité.

Rapport d'activité de la FNEHAD 2012-2013. Un nouveau départ.
Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. (F.N.E.H.A.D.). Paris. FRA
B7192
Paris : FNEHAD, 2013
Ce rapport d'activité de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) comporte des données relatives à l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) en France en 2012 (exploitation des données ATIH 2012 – Observatoire de la FNEHAD) ; les chantiers nationaux concernant l'HAD en 2012/2013; les services de la fédération et l'action régionale de la FNEHAD.

Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. De l'analyse régionale à une mise en perspective nationale.
VIGNERON (E.),HAAS (S.)
Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (F.E.H.A.P.). Paris. FRA
En ligne
Paris : FEHAP, 2013
http://www.fehap.fr/jcms/fehap_94521/les-etudes-regionales-des-services-a-domicile-enfin-disponibles?portal=hbe_5005&pcccid=hbe_5022
La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides offrent de nombreuses données sur les différents types de services à domicile : hospitalisation à domicile, dialyse hors centre, services d'aide à la personne, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services d'éducation spéciale et des soins à domicile (SESSAD), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'aide autorisés à domicile (SAAD).

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Lyon. FRA
L'analyse de l'activité hospitalière 2012.
En ligne
Paris : ATIH, 2013/09
http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000040000BFF
Le recueil de l'information des établissements de santé, coeur de métier de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), donne lieu à différentes formes de restitution comme cette analyse de l'activité hospitalière. Réalisée chaque année, elle vise à éclairer les acteurs de santé en offrant une vision globale des financements des établissements et de leur activité comparée à celle des années précédentes. L'étude commence par le suivi des financements par l'assurance maladie de 2012 des établissements de santé, d'un montant d'environ 74 milliards d'euros annuels. Les évolutions

annuelles des masses financières en jeu sont présentées en distinguant le secteur public et privé à but non lucratif et le secteur privé commercial. Au-delà des dépenses, l'intérêt est de définir la nature des activités et sa traduction en profils de patients, pathologies, modes prise en charge, niveau de sévérité... Au vu de ces éléments, les singularités des établissements publics et privés peuvent être décelées. Les activités sont détaillées par champ hospitalier : court-séjour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et réadaptation (SSR) et psychiatrie. Les informations sont présentées sous forme de fiches selon le type d'hospitalisation, les diagnostics, l'âge des patients, la région, etc. Ce rapport propose une photographie de l'activité des établissements de santé en 2012 et la compare avec celle des années passées. Ainsi, les tendances confirment notamment le développement de la chirurgie ambulatoire, le dynamisme des établissements spécialisés en HAD et en SSR (résumé de l'éditeur).

Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. (F.N.E.H.A.D.). Paris. FRA
Rapport d'activité de la FNEHAD 2012-2013. Un nouveau départ.
En ligne
Paris : FNEHAD, 2013
Ce rapport d'activité de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) comporte des données relatives à l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) en France en 2012 (exploitation des données ATIH 2012 – Observatoire de la FNEHAD) ; les chantiers nationaux concernant l'HAD en 2012/2013; les services de la fédération et l'action régionale de la FNEHAD.

Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile.
En ligne
Paris : Ministère chargé de la Santé, 2012/04
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sts_20120007_0001_p000.pdf
Ce guide, applicable à partir du 1er mars 2012, est l?annexe de l?arrêté du 20 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d?activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d?informations issues de ce traitement (arrêté « PMSI-HAD »). Il annule et remplace la version précédente (Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l?hospitalisation à domicile, Bulletin officiel spécial n° 2011/7 bis).

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA
Rapport : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins généralisés en HAD. Campagne 2010. Analyse descriptive des résultats agrégés 2010 et des facteurs associés à la variabilité des résultats.
Etudes et Rapports.
Saint-Denis : HAS
2011
Pages : 44p.
[BDSP. Notice produite par HAS R0xAAo9D. Diffusion soumise à autorisation]. En 2010, la HAS a coordonné la première campagne de généralisation des cinq indicateurs du dossier du patient (qualité de la tenue du dossier patient, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, évaluation du risque d'escarre) impliquant les établissements ayant une activité d'hospitalisation à domicile (HAD). Après chaque campagne de recueil, la HAS rend compte des résultats agrégés dans un rapport d'analyse mis en ligne sur son site Internet. Ce rapport présente les principaux constats et faits marquants issus de l'analyse des résultats de la campagne 2010. Il apporte un premier éclairage sur les facteurs associés permettant d'expliquer le résultat des indicateurs.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/ipaqss_rapport_had-v4.pdf

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Lyon. FRA
L'activité d'hospitalisation à domicile en 2010.
Lyon : ATIH
2012/01
Pages : 200p., tabl.
La loi HPST du 21 juillet 2009 reconnaissant l'HAD comme une forme d'hospitalisation à part entière, l'ATIH a décidé à partir de 2010, de renouveler, systématiser et enrichir progressivement la description des séjours d'HAD observés l'année antérieure en se basant sur les données du PMSI-HAD fournies par les établissements. Se basant sur le même modèle qu'en 2009, ce rapport décrit l'activité HAD 2010 tout en tenant compte des évolutions intervenues en mars 2010 avec notamment l'introduction du recueil des actes CCAM. Outre l'analyse globale des séjours d'HAD, la description synthétique de l'activité d'HAD en 2010 comprend ici sous forme de fiches analytiques : une description détaillée de tous les modes de prise en charge de l'HAD, qu'ils aient été utilisés en mode de prise en charge principal (MPP) ou en mode de prise en charge associé (MPA), l'analyse globale des séjours/séquences d'HAD pédiatrique en 2010, en distinguant les très jeunes enfants de moins d'un an des enfants d'un an et plus et de moins de 18 ans, l'analyse des séjours/séquences d'HAD ayant au moins un acte CCAM renseigné, l'analyse de séjours/séquences groupés en 'erreur'.
http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004E00029FF

HUARD (P.), SCHALLER (P.)
Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques : 1. Problématique.
PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS
2010/07-09
Vol : : n°: 3 Numéro spécial : : Pages : 237-245
[BDSP. Notice produite par CNAMTS lR0x8ktH. Diffusion soumise à autorisation]. Le premier article de cette étude sur l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques vise à formuler une problématique liée en particulier, à l'évolution de la morbidité sur les dernières décennies. Pour y parvenir, les points suivants sont successivement abordés : - en premier lieu, les auteurs cherchent à expliquer l'écart d'efficacité de la prise en charge, entre les maladies aiguës et les maladies chroniques ; - en second lieu, ils soulignent les carences de l'organisation du système, en précisant les causes et conséquences de la prédominance de l'hôpital et d'une médecine ambulatoire à la traîne ; - en troisième lieu, ils analysent, à partir d'exemples français et suisses, pourquoi les mesures retenues pour améliorer la prise en charge des pathologies chroniques, ont souvent des résultats limités.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS1003_Pathologies_chroniques_-_problematique.pdf

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. Rapport annuel du comité de suivi 2009.
Paris : MSSPS
2010/06
Pages : 52p., ann.
A l'occasion de la publication du second rapport annuel d'activité du comité de suivi du plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, le ministère de la santé rappelle les mesures concrètes initiées et mises en œuvre dans le cadre de ce plan en étroite collaboration avec des patients et les associations de patients. Les principales avancées en 2009 concernent : la reconnaissance par la loi relative à la réforme de l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) du 21 juillet 2009 de l'éducation thérapeutique et de l'accompagnement du patient, et

l'élaboration des textes d'application qui se concrétisera prochainement dans les régions par l'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en ville ou à l'hôpital par les agences régionales de santé ; Le maintien à domicile grâce à la création de nouvelles places en appartements thérapeutiques et l'augmentation substantielle du nombre de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ainsi que des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ; Une amélioration et une meilleure connaissance des outils d'évaluation des incapacités des personnes handicapées : formation des MDPH (maisons départementales des personnes handicapées) au guide barème et création d'un nouveau certificat médical pour personne handicapée ; La prise en charge de nouveaux produits de santé concernant notamment la mucoviscidose ; La poursuite de divers travaux de recherche ayant trait notamment à la consolidation de données épidémiologiques et à la qualité de vie des patients atteints de maladie chronique. A mi-parcours, soit deux ans après l'installation du comité de suivi, 80% des mesures du plan ont été lancées et les objectifs initiaux parfois dépassés notamment en matière de maintien à domicile.
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_annuel_du_comite_de_suivi_2009_juin_2009_.pdf

DURAND (N.), LANNELONGUE (C.) , LEGRAND (P.), MARSALA (V.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Hospitalisation à domicile (HAD). Tome 1. Rapport définitif.
Paris : Igas, Paris : La Documentation française
2010/11
Pages : 91p., tabl.
Le présent rapport dresse, dans un premier temps, un diagnostic de l'état actuel de l'HAD en termes de positionnement dans l'offre de soins et de fonctionnement, puis dresse le bilan des politiques nationales et régionales. Ce rapport fait ensuite des préconisations visant à assurer la poursuite du développement de l'HAD dans la « juste » place qu'elle doit occuper dans l'offre de soins, en précisant les conditions de tarification et de fonctionnement que cela implique.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000664/0000.pdf

DURAND (N.), LANNELONGUE (C.) , LEGRAND (P.), MARSALA (V.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Hospitalisation à domicile (HAD). Tome II : annexes.
Paris : Igas, Paris : La Documentation française
2010/11
Pages : 177p., tabl.
Ce document propose les annexes du rapport Hospitalisation à domicile de l'Igas qui dresse un diagnostic de l'état actuel de l'HAD en termes de positionnement dans l'offre de soins et de fonctionnement, propose un bilan des politiques nationales et régionales et fait des préconisations visant à assurer la poursuite du développement de l'HAD.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000664/0000.pdf

BOURNOT (M.C.) , CERCIER (E.), GOUPIL (M.C.) , TALLEC (A.)
Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. (O.R.S.). Nantes. FRA , Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire. (U.R.M.L.). Saint-Sébastien-sur-Loire. FRA
Education thérapeutique, hospitalisation à domicile et loi Léonetti : perception des médecins généralistes des Pays de la Loire.
Nantes : ORS
2011/02
Pages : 12p., tabl., fig.
Ce document présente les résultats d'une enquête menée en 2009 auprès de 450 praticiens de la région faisant partie du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Il décrit leurs connaissances et perceptions en matière

d'hospitalisation à domicile. Il analyse leur intérêt pour l'éducation thérapeutique et sa mise en œuvre en médecine ambulatoire. Il apporte enfin des informations sur les pratiques concernant l'accès au dossier médical et l'utilisation des directives anticipées.
http://www.urml-paysdelaloire.fr/upload/pdf/2010panel1_V4_rapport.pdf

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile.
Bulletin officiel n° 2011/7 bis. Fascicule spécial.
Paris : Ministère chargé de la Santé
2011
Pages : 153p.
Le présent guide, applicable à partir du 1er mars 2011, constitue l'annexe de l'arrêté du 7 février 2011 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement (arrêté « PMSI-HAD »). Il annule et remplace le Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile (Bulletin officiel spécial n° 2010/6 bis).

DALMASSO (R.)
L'hospitalisation à domicile.
Essentiel.
Bordeaux : Les Etudes hospitalières
2010
Pages : 104p., tabl., graph.
L'hospitalisation à domicile connaît actuellement un développement accéléré. Demande des patients, réponse aux difficultés économiques du système de santé, adaptation aux nouvelles pathologies, évolution des technologies… Ce mode de prise en charge apparaît comme une excellente alternative, présentant les mêmes conditions de qualité et de sécurité qu'une hospitalisation traditionnelle. Mis en œuvre par des professionnels de différents milieux, il répond à des conditions techniques de fonctionnement strictes dont la coordination doit être exemplaire : c'est la principale mission de l'HAD. Cet ouvrage est issu d'une expérience de terrain ayant permis le développement d'une structure d'HAD. Il est destiné au grand public, pour lui faire mieux connaître ce mode de prise en charge, et aux professionnels de santé souhaitant mettre en oeuvre ou développer une structure de ce type.

Unité de Recherche en Economie de la Santé d'Ile de France. URC ECO IdF. Paris. FRA, Ministère du Travail - des Relations sociales - de la Famille - de la Solidarité et de la Ville. (M.T.R.F.S.V.). Paris. FRA
Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Le coût de leur prise en charge et ses déterminants.
Paris : URC ECO
2009/12
Pages : 2 vol. (86p+288p.); tabl., fig.
Cet ouvrage rapporte les résultats de l'étude conduite en 2007 sur les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et leurs patients, auprès de 36 services dans 5 régions métropolitaines. Première étude à caractère national, d'une part elle décrit, sur la base d'un échantillon représentatif des bénéficiaires, la patientèle de ces services, ses caractéristiques démographiques, son niveau de dépendance, les déficiences et pathologies qu'elle présente, et enfin le mode de vie et le contexte social dans lequel les prestations sont dispensées. Elle permet, d'autre part, de connaître précisément la prise en charge offerte à ces patients par les soignants des SSIAD, la fréquence des passages au domicile et la durée des soins qui leur sont prodigués. Le calcul des coûts précis des soins permet de comprendre les difficultés rencontrées sur le terrain par les services. En effet, il existe une

grande hétérogénéité dans l'importance de la prise en charge de ces patients dont le coût varie dans une fourchette de 0,1 à 3,5 fois le montant de la dotation moyenne par patient allouée par l'assurance maladie. Cette grande variabilité explique que les SSIAD soient face à des situations financières très différentes en fonction de la population qu'ils desservent. Un certain nombre de facteurs discriminants, qui expliquent la plus grande part des différences de coût, est identifié. Une réflexion reste à conduire sur l'intégration de ces résultats dans la définition d'un mode de rémunération plus équitable des prestations réalisées par ces SSIAD.
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pd
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/AnnexesDecembre_2008.pdf

L'hospitalisation à domicile.
Essentiel.
Bordeaux : Les Etudes hospitalières
2010
Pages : 104p., tabl., graph.
L'hospitalisation à domicile connaît actuellement un développement accéléré. Demande des patients, réponse aux difficultés économiques du système de santé, adaptation aux nouvelles pathologies, évolution des technologies… Ce mode de prise en charge apparaît comme une excellente alternative, présentant les mêmes conditions de qualité et de sécurité qu'une hospitalisation traditionnelle. Mis en œuvre par des professionnels de différents milieux, il répond à des conditions techniques de fonctionnement strictes dont la coordination doit être exemplaire : c'est la principale mission de l'HAD. Cet ouvrage est issu d'une expérience de terrain ayant permis le développement d'une structure d'HAD. Il est destiné au grand public, pour lui faire mieux connaître ce mode de prise en charge, et aux professionnels de santé souhaitant mettre en oeuvre ou développer une structure de ce type.

Unité de Recherche en Economie de la Santé d'Ile de France. URC ECO IdF. Paris. FRA, Ministère du Travail - des Relations sociales - de la Famille - de la Solidarité et de la Ville. (M.T.R.F.S.V.). Paris. FRA
Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Le coût de leur prise en charge et ses déterminants.
Paris : URC ECO
2009/12
Pages : 2 vol. (86p+288p.); tabl., fig.
Cet ouvrage rapporte les résultats de l'étude conduite en 2007 sur les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et leurs patients, auprès de 36 services dans 5 régions métropolitaines. Première étude à caractère national, d'une part elle décrit, sur la base d'un échantillon représentatif des bénéficiaires, la patientèle de ces services, ses caractéristiques démographiques, son niveau de dépendance, les déficiences et pathologies qu'elle présente, et enfin le mode de vie et le contexte social dans lequel les prestations sont dispensées. Elle permet, d'autre part, de connaître précisément la prise en charge offerte à ces patients par les soignants des SSIAD, la fréquence des passages au domicile et la durée des soins qui leur sont prodigués. Le calcul des coûts précis des soins permet de comprendre les difficultés rencontrées sur le terrain par les services. En effet, il existe une grande hétérogénéité dans l'importance de la prise en charge de ces patients dont le coût varie dans une fourchette de 0,1 à 3,5 fois le montant de la dotation moyenne par patient allouée par l'assurance maladie. Cette grande variabilité explique que les SSIAD soient face à des situations financières très différentes en fonction de la population qu'ils desservent. Un certain nombre de facteurs discriminants, qui expliquent la plus grande part des différences de coût, est identifié. Une réflexion reste à conduire sur l'intégration de ces résultats dans la définition d'un mode de rémunération plus équitable des prestations réalisées par ces SSIAD.
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pd
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/AnnexesDecembre_2008.pdf

Hospitalisation et santé à domicile.
Le point sur.
Paris : Berger Levrault
2008
Pages : 321p., tabl., index
Cote Irdes : A3809
L'hospitalisation à domicile et, de façon plus large, la santé à domicile constituent un enjeu majeur en termes d'évolution et de transformation du système de soins, désormais au coeur d'interactions multiples entre les différents acteurs concernés : établissements des secteurs hospitalier, social et médico-social, professionnels de santé libéraux, familles, assistants sociaux, soignants, puissance publique, secteur associatif. Il importe de comprendre les raisons du recours à ce mode d'hospitalisation et d'en saisir les perspectives de développement. L'ouvrage replace l'hospitalisation à domicile au coeur du système de soins et l'étudie dans toutes ses dimensions : la dimension humaine : comment prendre en compte la personne, ses capacités comme ses besoins, son environnement médical, social et familial ? la dimension économique et budgétaire : à l'heure où la recherche d'économies est un leitmotiv, comment améliorer la qualité de la prise en charge en même temps que sa productivité ; la dimension familiale : comment venir en aide aux aidants ? Comment favoriser les rencontres entre familles et professionnels ? ; la dimension juridique : le contexte réglementaire a beaucoup évolué au cours de la dernière décennie. Grâce à une présentation simple et claire, le lecteur peut se référer facilement aux nombreux textes ; la dimension européenne, qui permet de mettre en perspective les évolutions possibles de notre système.

COM-RUELLE (L.) , AFRITE (A.)
L'HAD, une prise en charge hospitalière moderne.
Paris : Elsevier - Masson
2008
Pages : 51p., tabl., graph., fig.
L'hospitalisation à domicile existe depuis plus d'un demi siècle, mais son essor est très récent. Elle reste cependant encore trop méconnue dans son objet et son organisation et mérite d'être expliquée tant aux professionnels médicaux qu'aux malades susceptibles d'en bénéficier. Tel est l'objectif de cette publication réalisée par des chercheurs de l'Irdes en partenariat avec les laboratoires Bayer, qui dresse un panorama de l'HAD en France sous plusieurs aspects : définition, organisation des soins, financement, satisfaction des acteurs, etc.

AFRITE (A.), COM-RUELLE (L.), OR (Z.), RENAUD (T.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement - Rapport annexe.
Paris : IRDES
2008/06
Pages : 133p., 32 tabl.
Ce rapport rassemble les différentes annexes citées au fil des chapitres du rapport IRDES n°1689 « Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement ». Ces annexes détaillent les éléments relatifs à la construction du champ superposable entre HAD et SSR ainsi que la définition des six profils médicaux de base. Elles fournissent également une description complète des coûts de fonctionnement en routine estimés pour ces deux modes de prise en charge. Cette étude montre que pour des soins comparables, le coût d'une journée pour les financeurs publics est, en moyenne, 40 % moins élevé en HAD. Si cette différence s'atténue pour les patients âgés et/ou fortement dépendants, le coût moyen journalier en HAD demeure inférieur quels que soient l'âge, le niveau de dépendance et le profil médical du patient.

AFRITE (A.), COM-RUELLE (L.), OR (Z.), RENAUD (T.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement.
Paris : IRDES
2008/06
Pages : 166p., 20 tabl., 3 fig.
Le besoin en lits dédiés aux soins de réhabilitation et d'accompagnement sera croissant dans les années à venir, notamment pour les personnes âgées. Ce type de soins, dispensé principalement dans des structures hospitalières spécialisées en soins de suite et de réadaptation (SSR), se développe également en hospitalisation à domicile (HAD). Dans le contexte politique actuel, favorable à la création de nouvelles places en HAD, cette étude compare les coûts de ces deux modes de prise en charge pour des soins comparables. L'étude estime qu'en termes de cas pris en charge, près des deux tiers des journées réalisées en établissements de SSR en 2003 pourraient être techniquement effectuées en hospitalisation à domicile, sous réserve de bonnes conditions psychosociales. Pour des soins comparables, le coût d'une journée pour les financeurs publics est, en moyenne, 50 % plus élevé en SSR. Cette différence s'atténue pour les patients âgés et/ou fortement dépendants mais le coût moyen journalier en SSR demeure supérieur quels que soient l'âge, le niveau de dépendance et le profil médical du patient. L'HAD peut donc envisager des perspectives de développement importantes pour les soins de réhabilitation et d'accompagnement.

SENTILHES-MONKAM (A.)
L'hospitalisation à domicile, une autre manière de soigner.
Collection Pratique et Ethique médicales.
Paris : L'Harmattan
2007
Pages : 260p.
L'objectif de cet ouvrage est de proposer tout d'abord un état des lieux de la prise en charge de la fin de vie dans trois HAD (hospitalisation à domicile)françaises en adoptant différents points de vue. Il vise également à améliorer la compréhension de ce qui fonde le sentiment de satisfaction ou d'insatisfaction des patients, de leurs proches et des soignants, et d'identifier des outils potentiels de pilotage pour les équipes soignantes. Enfin, l'auteur propose des solutions pour améliorer l'existant et ce, indépendamment des moyens financiers disponibles.
http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=25145

COLOMBIER (G.)
Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales. (C.A.C.F.S.). Paris. FRA
La prise en charge des urgences médicales.
Rapport d'information de l'Assemblée Nationale ; 3672
Paris : Assemblée Nationale
2007
Pages : 583p., annexes
La démarche de la mission a consisté à étudier notre système de prise en charge des urgences médicales à chacun de ses trois niveaux distincts, solidaires et interdépendants : en amont des urgences, avec le dispositif de permanence des soins et les structures pré-hospitalières de prise en charge des urgences - services d'aide médicale urgente (SAMU), service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) ; au sein même des structures des urgences ; en aval de ces structures, que ce soit au sein des services hospitaliers de soins aigus, dans des établissements médico-sociaux ou au domicile du patient. Le rapport est organisé suivant

cette stratégie d'investigation et met un accent particulier sur l'intérêt des maisons médicales de garde qui semblent être une solution intéressante au problème de la permanence des soins en amont des urgences et sur la prise en charge des personnes âgées qui furent les premières victimes de la canicule de 2003 et qui représentent une part importante des patients accueillis aux urgences. Il insiste également sur la nécessaire clarification de la filière de soins, sur l'information du public et sur l'importance des réseaux de soins afin d'assurer une meilleure complémentarité des différents acteurs au service du patient et de la continuité de sa prise en charge. C'est précisément parce que cette complémentarité n'est pas encore suffisante que les patients, en manque de repères, se dirigent - ou sont dirigés - parfois abusivement aux urgences et y stagnent, faute d'une bonne articulation avec les autres services hospitaliers ou les autres établissements d'hébergement.
http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i3672.pdf

COUSTEIX (P.J.), REVEL (M.), TREGOAT (J.J.), COUTY (E.)
Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. (F.N.E.H.A.D.). Paris. FRA
IXe Journée Nationale de l'Hospitalisation à Domicile.
Paris
2005/12/08
Paris : FNEHAD
2005/12
Pages : 132p.
Ce document rassemble les communications présentées lors de la neuvième journée de l'hospitalisation à domicile, à Paris, le 8décembre 2004. Il fait un bilan sur le financement, les structures, la tarification et la réglementation de l'HAD en France et dans les régions.

Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. (F.N.E.H.A.D.). Paris. FRA
Ce qu'il faut savoir pour créer ou gérer une H.A.D.
Paris : FNEHAD
2005
Pages : 333p., tabl.
Ce document rappelle le cadre législatif réglementant les structures d'hospitalisation à domicile. Il décortique étape par étape les démarches à accomplir auprès de l'Agence régionale de l'hospitalisation pour apprécier le rôle de la Haute Autorité de santé et revient sur chaque partie du dossier qu'il sera nécessaire d'élaborer.

HIRTZLIN (I.)
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA
Analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou prise en charge à domicile : aspects économiques et organisationnels.
St Denis : HAS
2005/07
Pages : 92p.
Ce document, diffusé par la Haute Autorité de santé est une évaluation économique qui fait suite aux recommandations sur les critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile publiées par l'Anaes en septembre 2003. L'objectif est de procéder à une comparaison des coûts des différentes alternatives de prise en charge : hôpital (hospitalisation complète ou de jour), hospitalisation à domicile (HAD) et réseaux. Cette étude a été élaborée suite à la demande de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Cette évaluation a été conduite à partir de l'analyse critique de la littérature internationale de langue française et anglaise. Les données ont été complétées pour la France par une recherche dans les bases du PMSI (coût de la prise en charge hospitalière) et par une extraction spécifique de données de l'enquête HAD de l'IRDES (ex CREDES).

http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf/(ID)/6DD1B718A73DCC5BC12570A40047F276?opendocument

CHEVREUL (K.), COM-RUELLE (L.), MIDY (F.), PARIS (V.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Le développement des services de soins hospitaliers à domicile - Expériences australienne, canadienne et britannique.
Rapport Irdes.
Paris : IRDES
2005/11
Pages : 135p, 17 tabl., 6 graph.
En France, le développement des soins hospitaliers à domicile (SHAD) offrant une alternative aux soins traditionnellement réalisés à l'hôpital n'apparaît pas à la mesure des enjeux qui s'y rattachent, tels que l'amélioration de la qualité des soins et de l'articulation entre la ville et l'hôpital. L'étude d'expériences étrangères de ces modes de prise en charge permet de connaître le contexte et les conditions de leur mise en oeuvre et de mettre en évidence les facteurs qui facilitent ou freinent leur développement. Cette analyse a pour objet de nourrir la réflexion sur l'opportunité de maintenir et d'étendre ce type de services en France. Trois pays ont été choisis pour l'importance de la littérature disponible sur le thème des soins à domicile : l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni.
http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum91.pdf

GAILLOT (N.)
Université Paris I - Panthéon-Sorbonne. Paris. FRA
Organisation et fonctionnement de l'hospitalisation à domicile en France.
DU Système de santé et gestion des établissements.
Paris : Université Paris I
2005
Pages : 48p.
Afin de voir quelles sont les évolutions possibles pour un meilleur développement de l'hospitalisation à domicile, l'auteur de ce mémoire analyse, dans une première partie, l'activité actuelle de l'HAD en tenant compte de ses spécificités, afin de mieux cerner dans une seconde partie les obstacles à son développement. Enfin, l'auteur s'intéresse aux moyens (financiers, humains et organisationnels) dont doit disposer l'HAD pour qu'elle puisse prendre un nouvel essor.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). Direction de l'accréditation. Paris. FRA
Complément au manuel d'accréditation. Hospitalisation à domicile.
Paris : ANAES
2003/03
Pages : 41p., tabl.
Cette adaptation du manuel d'accréditation à l'HAD est la première réalisée depuis la parution du manuel en février 1999 et le lancement de la procédure en juin 1999. Élaborée principalement par des professionnels de l'HAD en coordination avec les membres de l'ANAES, elle s'inscrit dans l'objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle n'a pas pour objet d'interpréter la stratégie des champs d'application des pathologies éventuellement prises en charge en HAD.

ALIGON (A.),COM-RUELLE (L.),RENAUD (T.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
Evaluation du coût de la prise en charge en Hospitalisation à Domicile.
Rapport Credes.
Paris : CREDES

2003/06
Pages : 266p., 59 tabl., 7 fig., 29 graph., ann.
La Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, conjointement à la CNAMTS, a demandé au CREDES de mener une enquête sur le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) entre 1999 et 2000. Face à la diversité des situations existantes vis-à-vis des modes de tarification de l'hospitalisation à domicile (HAD), l'objectif principal de l'étude est d'évaluer le coût journalier de prise en charge globale des patients en HAD en fonction de l'état de santé et des soins prodigués à partir d'une enquête prospective menée en 1999/2000. Après une description du contexte dans lequel se situe l'HAD, ce rapport présente d'abord la méthodologie de construction des coûts. Ensuite, il décrit les caractéristiques socio-démographiques et médicales des patients retenus pour cette étude économique et pour lesquels nous disposons à la fois des consommations médicales délivrées par les structures d'HAD et des prestations versées en sus par l'Assurance maladie. L'évaluation du coût par journée de prise en charge en HAD est déclinée suivant différents critères relatifs au patient et à la structure d'HAD. Les facteurs déterminants de ce coût sont mis en évidence : la durée de séjour, le protocole de soins, le mode de sortie de l'HAD, l'âge et le degré de dépendance locomotrice. Enfin, cette étude apporte des éléments essentiels à intégrer dans la réflexion autour d'un paiement prospectif (plan hôpital 2007), notamment la nécessité de clarifier les définitions des protocoles de soins.

LEBRUN (E.)
Université Paris VI Pierre et Marie Curie. Faculté de Médecine Pitié Salpétrière. Paris. FRA / com.
Tentative de construction d'un indicateur de morbidité en hospitalisation à domicile à partir d'une enquête du CREDES réalisée en 1999 destinée à l'évaluation des coûts de prise en charge.
Thèse pour le doctorat en médecine. Diplôme d'études spécialisées en santé publique.
Paris : Université Paris VI Pierre et Marie Curie - Faculté de médecine Pitié Salpétrière
2001
Pages : 124p., 9 ann., 25 tabl.,
Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) étant soumis à des systèmes de tarification différents, le Ministère de la Santé a commandité une étude pour tenter d'établir une tarification sur des bases communes à toutes les structures d'HAD. Une enquête fut donc lancée par le Credes en 1999 pour tenter, en premier lieu, de définir le coût de la prise en charge en HAD. Parmi les diverses définitions de coût, c'est la définition de coût par mode (en termes de protocole) de prise en charge qui fut retenu. Le calcul de ce coût comprend divers éléments dont la description socio-démographique et médicale du patient. Cependant, la description analytique de toutes les caractéristiques de morbidité du patient s'avérait difficilement utilisable dans un but prospectif, et un indicateur les regroupant semblait plus pertinent pour cet usage. Le but de ce travail, réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine, était par conséquent d'évaluer la faisabilité de la création d'un indicateur plus synthétique de morbidité après mise en évidence des facteurs ayant un réel impact sur la description de la morbidité du patient. Cet indicateur avait pour contrainte d'être simple d'utilisation, de correspondre à une réalité de terrain pour les professionnels de l'HAD et d'avoir une validité intellectuelle en termes médicaux.

ALIGON (A.), COM-RUELLE (L.), RAFFY-PIHAN (N.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
Méthode de l'enquête sur le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile, 1999-2000.
Rapport Credes.
Paris : CREDES
2001/11

Pages : 43p., 3 tabl., 2 fig., 6 ann.
L'objectif principal de cette enquête sur l'hospitalisation à domicile (HAD) menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) en 1999-2000 est de calculer le coût global de prise en charge des patients « tout compris » afin d'éclairer les politiques de tarification. La construction d'un tel coût nécessite un recueil double, le premier auprès des structures d'HAD, complété par un second auprès de l'Assurance maladie. Ce rapport présente la méthode d'enquête (objectifs, contraintes, outils de recueil), sa mise en oeuvre sur le terrain (chronologie, organisation des flux d'information entre les différents acteurs, appariement des fichiers) et les méthodes d'exploitation des données (hypothèses de valorisation, choix des postes de consommation médicale, méthodes d'analyse statistique). Les annexes comprennent les documents ayant servi sur le terrain : questionnaires, méthode d'évaluation de la charge en soins infirmiers, aide à la codification des pathologies et des modes de prise en charge en HAD.

JESTIN (C.),HAURY (B.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
L'hospitalisation à domicile en France. Bilan et propositions.
Paris : Direction des Hôpitaux
1999/06
Pages : 34p., tabl., graph., carte, 3 ann.
Un groupe de travail a été mis en place fin 1996 par la Direction des Hôpitaux afin de faire le point sur la situation de l'Hospitalisation à domicile (HAD) et faire des propositions de nature à faire évoluer l'HAD qui répond incontestablement à des besoins. Le travail s'est déroulé en plusieurs phases : analyse des modalités de fonctionnement actuelles ; réflexion sur les mesures destinées à améliorer la qualité de la prise en charge ; élaboration d'une typologie des séjours en HAD à partir d'une enquête dans trois sites ; réalisation d'une enquête par le CREDES sur le coût d'un patient en HAD.

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. (A.P. - H.P.). Paris. FRA
Les 40 ans de l'HAD. 1957-1997, l'hospitalisation à domicile. Histoire et témoignages.
Paris : A.P. - H.P.
1998
Pages : 95p., graph., carte
Cet ouvrage a été réalisé pour marquer le quarantième anniversaire de l'HAD de l'AP-HP, première structure alternative à l'hospitalisation montée en France. Il réunit les témoignages de ceux qui ont fait et continuent à faire de l'HAD un système moderne et performant de prise en charge des malades.

GARCIA (Y.)
Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. (F.N.E.H.A.D.). Dax. FRA
Ce qu'il faut savoir pour créer une H.A.D.
Dax : FNEHAD
1997/11
Pages : 101p., 1 carte, tabl.
Ce guide est destiné aux personnes qui souhaiteraient créer une HAD (Hospitalisation à Domicile) en France. Il contient des informations sur le cadre réglementaire actuel, sur la démarche à effectuer pour constituer un dossier, et sur les informations devant figurer dans ce dossier.

Enquête sur la dialyse rénale.
Paris : IGAS
1994/09
Pages : 122p., tabl., ann.
Cote Irdes : B2090

Ce rapport constitue le résultats d'une mission confiée en mars 1994, à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), par le ministère des Affaires Sociales en vue d'une évaluation de la dialyse rénale. Après avoir analysé l'adéquation de l'offre et des besoins et étudié les coûts et le financement de la dialyse, ce document propose un certain nombre de réflexions et de propositions visant à améliorer les conditions et les modalités de conduite du traitement de l'insuffisance rénale chronique.

RAFFY-PIHAN (N.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
L'hospitalisation à domicile : un tour d'horizon en Europe aux Etats-Unis et aux Canada.
Rapport Credes.
Paris : CREDES
1994/10
Pages : 187p., 17 tabl., 13 graph.
Pionnier européen de l'hospitalisation à domicile, la France accuse un important retard de développement par rapport aux Etats-Unis qui restent l'initiateur et le leader de cette pratique. Mais, si l'hospitalisation à domicile compte aujourd'hui plus de 45 ans de fonctionnement, elle reste une pratique peu répandue sur les continents européen et américain. L'hospitalisation à domicile apparaît comme une formule de soins qui se développe lentement en Grande-Bretagne, en Espagne, en Allemagne. Elle reste encore à son stade expérimental en Suède, au Canada, en Italie, en Grèce et aux Pays-Bas. Cette alternative se caractérise par sa diversité concernant à la fois son fonctionnement, les pathologies prises en charge, le profil du patient hospitalisé à domicile et son financement. Si cette alternative pose des problèmes de concurrence avec les organisations de soins à domicile, son développement se heurte également à un certain nombre d'obstacles à la fois du côté de la demande et de l'offre. L'avenir semble pourtant plus optimiste que ces dernières années, certains arguments devant encourager le développement de l'hospitalisation à domicile.

CELERIER (M.C.)
La santé en France : alternatives à l'hospitalo-centrisme.
Corpsset Psychisme.
Grenoble : La Pensée sauvage
1994
Pages : 141p.

DRIBEN (A.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission Interministérielle Recherche Expérimentation. (M.I.R.E.). Paris. FRA
Les conséquences psychologiques de la nutrition parentérale à domicile et leurs incidences sur l'adaptation des familles.
Paris : MIRE
1994
Pages : 52p.

BACHIMONT (J.)
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). U. 158 Paris. FRA
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission Interministérielle Recherche Expérimentation. (M.I.R.E.). Paris. FRA
Complémentarité des thérapeutiques et migration des malades : les soins hospitaliers à domicile : l'exemple de la mucoviscidose.
Paris : MIRE
1993/03

Pages : 132p., graph.
Ce document s'inscrit dans le cadre du programme "Substitutions et complémentarités thérapeutiques : migrations des patients". Il fait suite au rapport intermédiaire (rapport MIRE 1989) qui introduisait la notion de S.H.A.D. (Soins hospitaliers à domicile). Il consiste en une analyse sociologique de "l'espace social médicalisé" et de l'organisation des relations entre acteurs profanes et professionnels dans le domaine de la mucoviscidose.

COM-RUELLE (L.), RAFFY (N.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
Quel avenir pour l'hospitalisation à domicile ? Analyse des freins et de facteurs en faveur de son développement.
Rapport Credes.
Paris : CREDES
1994/01
Pages : 131p., tabl., graph.
L'objectif de ce rapport est de faire la synthèse des points de vue des différents acteurs intervenant autour de l'hospitalisation à domicile : les patients pris en charge en HAD, les directeurs de structures d'HAD, les médecins hospitaliers, les médecins généralistes exerçant en ville et les gestionnaires des CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie) qui interviennent dans les négociations du prix de journée. Les informations contenues dans ce rapport sont issues de plusieurs sources : enquête menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, en 1991-1992, auprès des services d'HAD en France, entretiens avec des prescripteurs d'HAD, rencontres avec les directeurs de structures ou les fonctionnaires des principales CRAM.

COM-RUELLE (L.), RAFFY (N.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
Les patients hospitalisés à domicile en 1992.
Rapport Credes.
Paris : CREDES
1994/03
Pages : 233p., tabl., graph.
Résultats de la phase "patients" de l'enquête nationale du Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) sur l'hospitalisation à domicile en France en 1992. Ce rapport cherche à décrire le profil du patient hospitalisé à domicile (âge, sexe, P.C.S...), les soins qu'il reçoit et la place de l'HAD par rapport à l'hospitalisation classique.

MARTINO (C.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris.FRA
Université de Paris IX Dauphine. Paris. (F.R.A.). Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
Traitement de l'enquête sur l'hospitalisation à domicile.
Méthodes de la prévision et de la modélisation.
1993
Pages : 32p., ann.
Ce rapport de stage présente la méthodologie et le traitement de l'enquête "hospitalisation à domicile" menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé en 1991-1992.

Communication Partenaires Santé. Paris. FRA
Hospitalisation à domicile.

Paris : Communication Partenaires Santé
1991
Pages : 48p.
Cote Irdes : c, B1923

LANCRY (P.J.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
Aspects économiques de l'hospitalisation à domicile longue durée.
Economic aspects of long-term home healthcare.
From hospital to home care : the potential for acute service provision in the home : the proceedings from a conference for European Healthcare Policy Makers.
Cardiff
1991/10
Londres : King's Fund Centre
1991
Pages : 52p.

BOUCNIAUX (N.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
Université de Paris I
La place de l'hospitalisation à domicile dans le système de soins français
D.E.S.S. "Economie et Gestion des Systèmes de Santé"
1992/02
Pages : 122 p., tabl., graph., fig., ann.
Après une présentation du système de soins en France : soins hospitaliers, soins ambulatoires, cette thèse élaborée dans le cadre de l'enquête "hospitalisation à domicile" menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (C.R.E.D.E.S.) fait le point sur l'hospitalisation à domicile en France : historique, situation en 1992, et sur la méthodologie de l'enquête.

COM-RUELLE (L.), RAFFY (N.)
CENTRE DE RECHERCHE - D'ETUDE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE
Le fonctionnement des services d'HAD : évolution 1980-1992
Rapport Credes.
Paris : CREDES
1993/02
Pages : 69 p., tabl, graph., ann.
Résultats de l'enquête menée par le Centre de Recherche - d'étude et de documentation en économie de la Santé en 1991 auprès des structures d'hospitalisation à domicile française. L'objectif de cette étude est d'établir un premier bilan d'activité de l'ensemble des services d'H.A.D. Les données publiées concernent les 39 établissements qui ont répondu au premier questionnaire décrivant l'activité et l'organisation de chacune des structures. Les points relatifs à la capacité d'accueil de l'établissement, son implantation géographique et l'analyse des types de pathologies prises en charge en H.A.D. concernent 40 structures d'H.A.D sur les 41 enquêtés.

Articles

The role played by relatives in coordinating the care pathway of ill persons.
BUTHION (V.),GODE (C.)

C, P85
JOURNAL DE GESTION ET D'ECONOMIE MEDICALES, vol. 32 n°7-8, 2014
[BDSP. Notice produite par ORSRA I9R0xDlB. Diffusion soumise à autorisation]. La coordination des différentes tâches à accomplir au sein des équipes évoque une question fondatrice des théories du management et une préoccupation majeure pour le milieu médical. Dans ce domaine, la coordination est avant tout abordée comme une affaire de structures et de professionnels construisant des habitudes de travail devenant des "réflexes" au fil du temps. Pour autant, de nombreuses situations nécessitent une approche plus dynamique de la coordination, celle qui est "en train de se faire" et peut bousculer protocoles et structures. Il est intéressant d'adopter cette approche, dite "en pratique", de la coordination pour examiner la posture des proches, spécifique par rapport à celles des patients traités par les professionnels. Les proches représentent le tissu principal du soutien des personnes atteintes d'une maladie. Appelés "proches-aidants", ils sont conduits à devenir assistants de vie, soignants dans certaines circonstances particulières et/ou gardiens vigilants des signes de détérioration. Leur participation est indispensable à la coordination des parcours de soins des personnes malades. Leur rôle est pourtant peu étudié sous l'angle de la coordination "en pratique". Au moyen des résultats d'une étude menée sur les soins de supports en cancérologie, cet article interroge les pratiques de coordination développées par les proches-aidants dans le parcours de soins des personnes malades. Intégrer les proches dans leur caractère ambivalent, à la fois acteurs aidants, mais également personnes touchées par les conséquences de la dégradation de la santé de leurs proches, est une étape fondamentale à un parcours de soins. (résumé auteur).

L'hospitalisation à domicile : entre complémentarité positive et risque de confusion.
P80
REVUE PRESCRIRE, vol. 32 n°349, 2012/11
L'hospitalisation à domicile (HAD) a pour but d4offrir des soins complexes et continus aux patients, en leur permettant de rester à domicile. Elle permet d'éviter une hospitalisation en établissement et d'en raccourcir la durée. Cet article analyse le développement de l'hospitalisation à domicile en France ainsi que les freins rencontrés.

BACHOUCH (R.M.), GUINET (A.)
Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale. (E.N.3.S.). Saint-Etienne. FRA
L'hospitalisation à domicile (HAD).
L'informatique au service de la Sécurité sociale
Saint-Etienne : EN3S
REGARDS
2011/07
Vol : : n°: 40 Numéro spécial : : Pages : 201-212, tabl.
En raison de l'augmentation de l'espérance de vie, des maladies chroniques et du vieillissement de la population, un nouveau mode de prise en charge a vu le jour : il s'agit de l'hospitalisation à domicile. L'HAD s'étant développé récemment, cet article étudie l'évolution de ce mode de prise en charge depuis son apparition dans les années 50 jusqu'à nos jours. La complexité de la gestion des structures d'HAD est issue de la multiplicité des processus et des flux à gérer. L'organisation des soins et la prise en charge en HAD nécessitent plusieurs ressources matérielles et humaines. Ces structures sont caractérisées par des particularités au niveau des ressources humaines qu'elles emploient et des ressources matérielles qu'elles utilisent. La coordination des activités en HAD représente la problématique majeure puisqu'on doit prendre en compte plusieurs contraintes relatives aux patients, à la disponibilités des ressources etc.. (tiré du texte).
http://www.en3s.fr/spip.php?rubrique93

BUTHION (V.), LAGRANGE (T.), FANIDI (A.)
La chimiothérapie à domicile : complémentarité ou concurrence dans la stratégie des structures hospitalières ?

2ème journée du Management Hospitalier Strasbourg. Novembre 2010.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2011/01-03
Vol : 29 : n°: 1-2 Pages : 18-36, tabl., fig.
[BDSP. Notice produite par ORSRA 9ooR0xlk. Diffusion soumise à autorisation].
Aujourd'hui, de nombreuses molécules de chimiothérapie peuvent être administrées dans le cadre d'une structure d'Hospitalisation à Domicile (HAD) ou par des libéraux coordonnée par un réseau de soins. Or, en 2009, la chimiothérapie à domicile représente moins de 2 millions de séances ambulatoires organisées chaque année en France, la prise en charge à l'hôpital représentant l'essentiel des séances. L'objet de ce papier est de présenter les résultats d'une étude sur l'organisation de la chimiothérapie ambulatoire, avec un focus particulier sur les données financières et les incitations qu'elles produisent sur les acteurs de soins. Nous démontrons ainsi que, compte tenu des contraintes liées aux transports des patients, et sous réserve d'une volumétrie permettant de mutualiser un certain nombre de charges, la chimiothérapie à domicile coordonnée par un réseau de santé est une solution tout à fait compétitive sur le plan médico-économique, à condition qu'elle soit intégrée dans une gestion globale de la prise en charge permettant d'améliorer la performance médico-économique des parcours de soins. La prise en charge doit s'appuyer sur un modèle coopératif, seul à même de répartir au mieux les patients. Les incitations financières manquent de cohérence, notamment la structure actuelle de la T2A, et ne favorisent pas cette coopération. Les contraintes des acteurs de soins, et notamment le modèle de financement des hôpitaux, freinent le développement de la chimiothérapie à l'extérieur de l'hôpital. (résumé d'auteur).

PARAPONARIS (Alain), GUERVILLE (Marc-André), CABUT (Sandrine), OBADIA (Yolande), VERGER (Pierre)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Éducation thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile : opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2011/02
n°: 753 : Pages : 8p., tabl., graph.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xABr8q. Diffusion soumise à autorisation]. La cinquième vague du panel (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire) portait à l'été 2009 sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et sur l'hospitalisation à domicile (HAD). Neuf médecins interrogés sur dix sont favorables à la mise en place d'un programme d'ETP, pour tous ou certains de leurs patients atteints de maladie chronique (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires). Les trois quarts des praticiens se déclarent prêts à réaliser eux-mêmes des actions d'ETP dans leur cabinet, avec une formation et une rémunération adaptées. Une majorité accepterait aussi de les déléguer à des professionnels non médicaux formés. L'hospitalisation à domicile est un dispositif apprécié des médecins interrogés, même si 55% d'entre eux indiquent que ce service n'est pas présent dans leur zone d'exercice. Un tiers des généralistes du panel ont prescrit une HAD au cours des 12 derniers mois, plus souvent ceux qui adhèrent à un réseau de santé et se réfèrent aux recommandations de bonne pratique. Neuf praticiens sur dix se disent satisfaits de la qualité de la prise en charge, les autres invoquant notamment la lourdeur des démarches administratives.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er753.pdf

HAGENMULLER (Jean-Baptiste)
Quel modèle économique pour l'HAD ?
Spécial Hôpital Expo 2010. Tarification et pilotage économique. Dossier.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2010/03-04

N° : 533
Pages : 26-29
Les bénéfices pour les patients d'une hospitalisation à domicile (HAD) sont connus. Mais que sait-on de l'intérêt économique à créer ou développer ce mode de prise en charge ? Alors que le nouveau guide méthodologique de codage de la T2A en HAD est entré en vigueur le 1er mars 2010, quels choix stratégiques opérer ? Cet article présente les facteurs d'aide à la décision : gestion des files actives, choix des professionnels, d'environnement territorial et, in fine, stratégie de développement. La plus grande partie des HAD récemment créées, y compris celles dont l'hôpital public est opérateur (unique ou principal), privilégie le recours à des professionnels libéraux.

CHALEIX (Mylène), VALDELIEVRE (Hélène), AFRITE (Anissa)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2009/07
N° : 697
Pages : 8p., tabl., graph., cartes
En 2006, les 164 structures d'hospitalisation à domicile (HAD) de France métropolitaine ont offert 6 700 places et réalisé 85 000 séjours. 60% des séjours sont pris en charge par une structure du secteur associatif HAD, 38% par une structure du secteur public dont près de la moitié par des centres hospitaliers régionaux (CHR) et 2% par une structure du secteur privé lucratif. L'Île-de-France concentre à elle seule un tiers des places et la moitié de l'activité d'HAD y est réalisée. À l'admission par les structures d'HAD, les patients sont principalement pris en charge pour des soins de périnatalité, des soins techniques de cancérologie et des soins palliatifs. En 2006,50% des séjours réalisés ont une durée inférieure à 6 jours, mais les séjours liés à des pathologies lourdes atteignent des durées médianes de 20 jours.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er697.pdf

AFRITE (A.) , CHALEIX (M.) , COM-RUELLE (L.) , VALDELIEVRE (H.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients : Exploitation des données du PMSI HAD 2006.
Paris : IRDES
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)
2009/03
N° : 140
Pages : 1-8
Outre le profil des patients hospitalisés à domicile en 2006, sont analysés ici les soins qui leur sont administrés et comment la prise en charge en HAD se situe dans leur trajectoire de soins. En 2006, plus de deux millions de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ont été réalisées en France métropolitaine. Les patients pris en charge, de tous âges, sont surtout des hommes plutôt âgés et des jeunes mères. Ils répondent à des situations cliniques très diverses et 30 % d'entre eux sont moyennement à fortement dépendants. Les soins palliatifs, de cancérologie et de périnatalité sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD. Grâce à cette prise en charge, une hospitalisation en établissement de santé a été raccourcie pour un patient sur trois et évitée pour un patient sur trois également. Près de 7 % des séjours se sont terminés par le décès du patient chez lui.
http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes140.pdf

SENTILHES-MONKAM (A.)
Soins palliatifs à domicile : état de carence. Le point de vue des soignants de l'HAD.
MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2009/01

Vol : 5 N° : 1 :
Pages : 39-41
Le précédent article1 analysait le point de vue des patients et leurs proches sur les soins palliatifs en hospitalisation à domicile (HAD). Les prises en charge constituent un compromis unique et consensuel entre ce qu'ils peuvent assurer et ce que les soignants font. Cette nouvelle logique, différente de la logique hospitalière habituelle, génère des transformations dans l'expertise, en particulier médicale, et les prestations que les soignants doivent assurer. Du point de vue des soignants, rencontrés à plusieurs reprises durant l'étude, le dispositif actuel est très imparfait, pour les nombreuses raisons analysées dans cet article. Il y a ici les bases d'une réflexion globale sur une véritable « culture » commune à tous les professionnels de santé, à développer d'urgence.

SENTILHES-MONKAM (A.)
Soins palliatifs à domicile : un vrai projet de vie. L'intérêt des patients est celui des soignants.
MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2008
Vol : 4 N° : 10
Pages : 468-472
Le précédent article définissait une représentation globale de l'hospitalisation à domicile (HAD) en fin de vie dans ses 4 dimensions : une réflexion issue de la société, une réflexion individuelle, une action technique et une action domestique. L'HAD apparaît comme une structure équilibrée, pondérée dans ses différents aspects, médiatrice, assurant le passage entre des réalités différentes : espace public/domicile particulier; prise en charge technique/prise en charge domestique; professionnels/familles; action/réflexion. Les patients et leurs proches en font un outil destiné à répondre à leurs besoins, les soignants un dispositif imparfait semé d'embûches. Les témoignages issus de l'enquête précédemment rapportée montrent comment ils le vivent.

SENTILHES-MONKAM (A.)
Soins palliatifs à domicile : le patient, ses proches, ses soignants : une enquête qualitative sur l'hospitalisation à domicile.
MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2008/09
Vol : 4 N° : 9
Pages : 422-426
Indépendamment des contingences sociétales, qu'est-ce que l'hospitalisation à domicile (HAD) aujourd'hui, dans le domaine de la maladie grave ? Comment permet-elle à un patient de demeurer chez lui ? Quel est son positionnement par rapport à ce qui se joue dans ces situations ? Comment se répartit la tâche entre les différents acteurs que sont le patient, ses proches, les soignants, les médecins ? L'objectif de cet article est d'analyser les représentations de patients en soins palliatifs, de leurs proches et de leurs soignants sur l'hospitalisation à domicile dans ce cas. Une enquête qualitative a été réalisée en 2002 par entretiens semi-structurés auprès des patients très malades, de leurs proches et de forums pour leurs soignants. Trois services d'HAD, deux généralistes et une spécialisée en soins palliatifs ont été investigués. Il se dégage une représentation « idéale » de l'HAD en un dispositif à 4 dimensions : réflexion société \; réflexion individu \; action domestique \; action technique. Les patients expriment que l'action technique pure ne peut exister. Les réponses des soignants sont plus techniques qu'existentielles. Il y a mise en tension de deux réalités différentes. Il est impératif de développer la recherche en soins palliatifs, ce qui suppose parfois d'aller s'entretenir avec ceux-là mêmes qui sont concernés : les patients, même si c'est difficile pour des raisons éthiques mais aussi de faisabilité, et malgré une résistance des soignants loin d'être négligeable. Cette représentation de l'HAD, certainement « idéale », juxtapose et intègre dans une seule vision les représentations de chacun des acteurs qui la constituent et la fabriquent au quotidien, telles qu'ils la racontent lors des entretiens, qu'il

s'agisse de son positionnement en interface ou de ses finalités. Elle constitue le « gold standard » par rapport auquel il nous faut tenter de comprendre le sens de ce qui est dit.

NEPPEL (Corentine)
Hospitalisation à domicile. les enjeux du développement.
Analyse. De l'hôpital au domicile.
GESTIONS HOSPITALIERES
2008/08-09
N° : 478
Pages : 465-468
En 2006, le gouvernement affichait sa volonté d'accélérer et de poursuivre le développement de l'hospitalisation à domicile. Cette détermination, réaffirmée dans les discours officiels en 2007, fait suite à un plan de développement et d'accompagnement financier amorcé en 2004. L'état des lieux fait état d'une progression rapide : 3 908 places en 1999,5 718 en 2004,6826 en 2005 et près de 9 000 places autorisées fin 2007. Mais le potentiel de développement de ce mode de prise en charge est donc encore important puisque quelque 6 000 places resteraient à créer.

AFRITE (A.), COM-RUELLE (L.), OR (Z.), RENAUD (T.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation.
Paris : IRDES
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)
2007/02
N° : 119
Pages : 1-8
Dans une perspective de planification des besoins grandissants de soins de la population vieillissante, l'IRDES a été sollicité pour réaliser une étude de coût de création d'une place en hospitalisation à domicile (HAD) en comparaison d'un lit dans un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR), pour une activité superposable et en tenant compte des différentes situations cliniques possibles. Cette étude a été financée par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Une enquête ad hoc a été menée auprès des structures d'HAD pour recueillir leurs coûts de création (l'enquête CCHAD 2006) tandis que des données fournies par la DHOS ont été utilisées du côté SSR.
http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes119.pdf

SENTILHES-MONKAM (Angélique)
Rétrospective de l'hospitalisation à domicile : l'histoire d'un paradoxe.
REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES
2005/07-09
Vol : N° : 3 Numéro spécial :
Pages : 157-182
[BDSP. Notice produite par ORSLR AR0x2fWV. Diffusion soumise à autorisation]. Le principe de l'HAD constitue dès le début une réponse à deux nécessités : désengorger les hôpitaux et développer une prise en charge technique au domicile des patients. La première phase du développement des HAD correspond à une extension de l'activité hospitalière vers la ville et à la mise en place concomitante d'un frein majeur à ce développement qui est son rattachement à l'administration hospitalière. Par la suite, la formule de l'HAD se cherche, oscillant entre alternative à l'hospitalisation, nouveau niveau de soins, pour finalement se stabiliser avec la dernière circulaire de la DHOS. La période actuelle est marquée par une prise de conscience parmi les professionnels et parmi les administrateurs de la santé de ce que l'HAD présente des avantages qui lui sont propres et que l'on ne trouve pas dans l'hospitalisation conventionnelle, notamment pour la prise en charge des maladies

chroniques et des patients en fin de vie. L'ordonnance du 4 septembre 2003 lève définitivement le blocage structurel lié à l'opposabilité de la carte sanitaire et au taux de change. Elle inscrit l'HAD comme un volet à part entière des SROS de troisième génération, du plan "urgences" et des politiques régionales. La T2A remplace le budget global et devrait permettre de lever le voile sur cette offre de soins très diversifiée et mal connue. Un nouvel essor est attendu dont on verra, dès la fin 2005, s'il répond aux attentes en particulier en ce qui concerne la création des 8 000 places prévues. L'HAD apparaît aujourd'hui comme une solution très satisfaisante existante, offrant en outre un professionnalisme éprouvé fait d'efficacité, de souplesse et de l'adaptation nécessaire à la prise en charge des patients complexes. (R.A.).

CHEVREUL (K.), COM-RUELLE (L.), MIDY (F.), PARIS (V.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne.
Paris : IRDES
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)
2004/12
Pages : 8p, 1 tabl.
En France, le développement des soins hospitaliers à domicile (SHAD) offrant une alternative aux soins traditionnellement réalisés à l'hôpital n'apparaît pas à la mesure des enjeux qui s'y rattachent, tels que l'amélioration de la qualité des soins et de l'articulation entre la ville et l'hôpital. L'étude d'expériences étrangères de ces modes de prise en charge permet de connaître le contexte et les conditions de leur mise en oeuvre et de mettre en évidence les facteurs qui facilitent ou freinent leur développement. Cette analyse a pour objet de nourrir la réflexion sur l'opportunité de maintenir et d'étendre ce type de services en France. Trois pays ont été choisis pour l'importance de la littérature disponible sur le thème des soins à domicile : l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni.
http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum91.pdf

COM-RUELLE (L.),DOURGNON (P.),PERRONNIN (M.),RENAUD (T.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
Construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'hospitalisation à domicile.
Paris : CREDES
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (CREDES)
2003/07
N° : 69 :
Pages : 6p.
À la suite des résultats de l'enquête sur le coût de prise en charge de l'hospitalisation à domicile (ENHAD 2000), le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées a sollicité de nouveau le CREDES pour la construction d'un modèle de tarification basée sur l'activité. Cette demande s'inscrit dans le plan hôpital 2007 dont l'un des principaux objectifs est d'harmoniser les modes de financement des hôpitaux publics et privés.
http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum69.pdf

ALIGON (A.),COM-RUELLE (L.),RENAUD (T.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD).
Paris : CREDES
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (CREDES)
2003/06
N° : 67 :

Pages : 6p.
La Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, conjointement à la CNAMTS, a demandé au CREDES de mener une enquête sur le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) entre 1999 et 2000. Face à la diversité des situations existantes vis-à-vis des modes de financement de l'HAD, le but de cette enquête prospective est d'évaluer le coût journalier de prise en charge globale des patients en HAD au regard des pathologies traitées. Les résultats complets de cette étude et la méthode de construction des coûts sont présentés dans le rapport " Evaluation du coût de la prise en charge globale en hospitalisation à domicile ", CREDES, biblio n°1484, juin 2003. Ce document présente une synthèse de ce rapport.
http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum67.pdf

ALIGON (Anne), COM-RUELLE (Laure), RAFFY-PIHAN (Nadine)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
L'hospitalisation à domicile : un patient à satisfaire ?
L'hospitalisation à domicile. Un nouvel essor.
INFORMATIONS HOSPITALIERES
2000/03
N° : 52 Pages : 16-21
[BDSP. Notice produite par ENSP 8yR0xtoe. Diffusion soumise à autorisation]. L'ordonnance du 24 avril 1996, portant sur la réforme hospitalière publique et privée, place les études de satisfaction au coeur de la démarche d'accréditation. Cette démarche qui concerne tous les établissements sanitaires, permet ainsi d'initier une logique du service rendu. A ce jour, peu d'établissements hospitaliers en France ont publié leurs expériences. Qu'en est-il des services d'hospitalisation à domicile ?

COUTY (E.), HAURY (B.), COUSTEIX (P.J.), GARCIA (Y.), RAFFY-PIHAN (N.), ALIGNON (A.), COM-RUELLE (L.), QUAN CONG (H.), MOREAU-BELOUET (C.), VIENNOIS-MARION (O.), ROULANT (V.), GARCIA (A.), QUINQUIS (A.), JAGLIN-GRIMONPREZ (C.), et al.
L'hospitalisation à domicile. Un nouvel essor.
INFORMATIONS HOSPITALIERES
2000/03
N° : 52
Pages : 55p., graph., tabl., carte
[BDSP. Notice produite par ENSP No6HiR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Dans un contexte de recomposition de l'offre de soins, notamment sous l'impulsion des SROS de 2ème génération, dont plusieurs ont d'ailleurs intégré les alternatives à l'hospitalisation dans leurs priorités, il a paru intéressant, alors que le groupe de travail sur l'HAD venait de rendre ses conclusions, que la revue "Informations hospitalières" consacre un numéro spécial à l'hospitalisation à domicile. Les différents articles qui suivent abordent l'HAD à travers différentes approches (organisation, planification, types de soins, description de structures...). J'espère qu'ils susciteront chez les professionnels de santé qui les liront un intérêt pour ce mode de prise en charge et les inciteront, soit à développer ou à créer des services d'HAD, soit de prescrire plus souvent ce mode de prise en charge des patients.

Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. (F.N.E.H.A.D.). Paris. FRA
Enquête du Ministère : résultats sur la typologie des séjours en HAD.
BULLETIN DE LA FNEHAD
1999/10
N° : 6
Pages : 3-6

Cote Irdes : Bulletin ; Dossiers de presseCe document présente et analyse les résultats d'une enquête réalisée par le Ministère chargé de la santé dans trois structures d'HAD de Grenoble, Lyon et Paris, afin de mieux connaître les caractéristiques des patients, leurs besoins et la charge en soins qu'ils nécessitent.

SIOUFFI (P.), BONGRAND (M.C.), MALLET (M.), PASCAL (L.), DURIF (L.), HARLE (J.R.), SAMBUC (R.)
La satisfaction des patients en hospitalisation à domicile.
GESTIONS HOSPITALIERES
1998/12
N° : 381
Pages : 793-797, tabl., ann.
[BDSP. Notice produite par ENSP RR0xk97l. Diffusion soumise à autorisation]. La mesure de la satisfaction des patients fait partie de l'évaluation de la qualité des soins. Dans le service d'hospitalisation à domicile de l'Assistance publique de Marseille, nous avons mené une enquête par questionnaire auprès des patients au cours du mois de juillet 1997, afin d'identifier les motifs d'insatisfaction. Nos résultats, bien que portant sur peu de malades, montrent que les patients sont en majorité très satisfaits de l'HAD et du fonctionnement du service. Cependant, certains points sont à améliorer, notamment la disponibilité du personnel soignant. Notre démarche s'avère donc utile au service pour réfléchir sur son organisation et orienter ses actions dans le sens de la satisfaction des patients ;

COM-RUELLE (L.), RAFFY-PIHAN (N.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Service des Statistiques des Etudes et des Systèmes d'Information. (S.E.S.I.). Paris. FRA
L'hospitalisation à domicile : bilan, perspectives et comparaisons internationales.
L'hôpital en évolution : expériences françaises et étrangères.
SOLIDARITE SANTE - ETUDES STATISTIQUES
1995/07-09
N° : 3
Pages : 25-36, 2 tabl., 4 graph.
L'hospitalisation à domicile (HAD) favorise le transfert du patient du cadre hospitalier vers son environnement familial. Bien adaptée à la prise en charge de certaines pathologies, comme le cancer ou le sida, elle apparaît comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle, garantissant à la fois l'intérêt humain, médical et économique. Pourtant, si elle a bénéficié dans les années quatre-vingt d'une portée médiatique, son développement rencontre de nombreuses difficultés et sa place reste marginale dans les systèmes de soins français ou étrangers (Résumé d'auteur).

Chirurgie ambulatoire

Ouvrages, rapports, working papers

La chirurgie ambulatoire.
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. (C.C.S.S.). Paris. FRA
En ligne
Paris : Ministère chargé de la santé, 2015/06
In : Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014 et prévisions 2015.
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-juin2015.pdf
Correspondant à des actes chirurgicaux généralement programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une

anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance post-opératoire permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention, la chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation ayant pour objectif d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Soumise à l'autorisation de l'agence régionale de santé (ARS), l'activité de chirurgie ambulatoire doit répondre à des conditions techniques de fonctionnement légalement définies imposant notamment une équivalence stricte des prestations délivrées à celles qui le sont dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet et limitant la durée d'ouverture de la structure à 12 heures au maximum. Source d'efficience (en termes de qualité et de sécurité des soins, de satisfaction du patient ou encore de modernisation des établissements de santé) et d'économies substantielles pour l'assurance maladie, le développement de la chirurgie ambulatoire a été notable depuis une quinzaine d'années. Cette progression est le résultat d'une mise en cohérence des actions nationales et régionales par le déploiement de leviers pluriels (organisationnels, réglementaires, tarifaires incitatives, de formation, cf. encadré) et d'une mobilisation forte des acteurs de terrain. L'objectif concerté avec l'ensemble des acteurs est d'atteindre un taux de chirurgie ambulatoire supérieur à 50% à la fin de l'année 2016. Si, au vu des comparaisons internationales, le potentiel d'économies est indéniable, certains freins au développement de la chirurgie ambulatoire restent à lever.

Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Interdiag Chir Ambu. Outil de diagnostic interne de chirurgie ambulatoire.
(A.N.A.P.). Paris. FRA, Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA
C, En ligne
Paris : ANAP, 2013
http://www.anap.fr/
[BDSP. Notice produite par EHESP prDAtR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'Agence Nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et la Haute Autorité de Santé ont défini en 2011 un programme de travail pluriannuel sur la chirurgie ambulatoire et publient, dans ce cadre de travail, une série de documents (recommandations générales, guides et outils) dans le but de : faciliter l'appropriation des recommandations organisationnelles, donner les grands principes de conduite de projet, expliciter les recommandations spécifiques à la gestion des risques et la sécurité des patients, permettre au établissement d'évaluer leur situation et de dégager des perspectives d'évolution. Ce guide est un guide d'accompagnement de l'outil Interdiag Chir Ambu qui est un outil de diagnostic interne sur la chirurgie ambulatoire permettant, à chaque établissement de santé ou organisation, d'évaluer son niveau de maturité organisationnelle pour chacune des recommandations organisationnelles ANAP/HAS sur la chirurgie ambulatoire. L'outil Interdiag Chir Ambu est constitué d'un questionnaire autoportant comportant 196 questions fermées. Cet outil se présente sous forme d'un document excel avec calcul automatique d'un score par recommandation.

Programme d'actions communes HAS-ANAP. Axe 5 : indicateurs, suivi et évaluation « Développement d'indicateurs de processus et de résultats pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité d'éléments clés du parcours du patient en chirurgie ambulatoire ».
Haute autorité de santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA
C, En ligne
Saint-Denis: HAS, 2015/03
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2022569/fr/developpement-dindicateurs-de-processus-et-de-resultats-pour-evaluer-le-parcours-du-patient-en-chirurgie-ambulatoire-note-de-cadrage
Le développement des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS), fondés sur l'analyse du parcours du patient –avant-pendant-après- permet d'accompagner le déploiement sécurisé de la chirurgie ambulatoire. L'objectif pour la HAS est de proposer un tableau de bord d'IQSS de processus et de résultats qui mesure, dans le cadre d'une

démarche d'amélioration fondée sur les indicateurs, la qualité et la sécurité du parcours du patient en chirurgie ambulatoire sur des points critiques de sa prise en charge.

Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2016 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2016. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016.
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA
En ligne
Paris : Cnamts, 2015
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Cnamts_rapport_charges_produits_2016_VDEF.pdf
Chaque année, l'Assurance Maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport Charges et produits pour l'année 2016 présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficience des soins, et à optimiser les dépenses de santé. Le rapport commence sur une cartographie des dépenses de santé et des pathologies. Les recommandations sont ensuite présentées selon les axes suivants : prévention et prise en charge des pathologies chroniques, dont l'obésité, le diabète, les accidents vasculaires cérébraux, l'ostéoporose ; accès aux soins des populations vulnérables ; efficience de la prescription ; bon usage des soins et maîtrise des dépenses : examens de biologie, transport sanitaire, arrêts de travail ; virage ambulatoire avec les programmes de retour à domicile et la chirurgie de la cataracte.

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.) . Service Financement des Etablissements de Santé. Pôle Suivi de l?ONDAM Hospitalier. Lyon. FRA
Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions 2013.
En ligne
Paris : ATIH, 2015
http://www.atih.sante.fr/analyse-comparative-de-l-activite-hospitaliere-entre-les-regions-2013
L'ATIH reconduit en 2013 l'analyse de l'activité hospitalière régionale en application de la loi modifiant la loi HPST (Article 27 de la Loi n° 2011-940 du 10 août 2011). Dans la continuité de la photographie globale de l'activité 2013, ce rapport propose une déclinaison au niveau régional pour le champ médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). En préambule, un panorama régional de l'activité MCO distingue les séjours et les séances. Différents indicateurs (répartition, évolution…) y sont analysés selon plusieurs agrégats comme les catégories d'activité de soins ou les types de séances. Les caractéristiques sociodémographiques des territoires de santé ainsi que celles de l'activité hospitalière évoluant de manière marginale en un an, les conclusions posées sur l'activité régionale 2012 restent d'actualité. L'atlas régional propose une fiche par région décrivant l'activité hospitalière en distinguant les établissements de santé selon leur secteur de financement. Cette approche souligne les différentes dynamiques d'activité au sein d'une région. De plus, des informations d'analyse qualitative issues des Agences régionales de santé apportent un éclairage complémentaire notamment sur les problématiques de démographie médicale et de restructuration de l'offre de soins (résumé de l'éditeur).

Pertinence économique de la chirurgie ambulatoire.
HUGUIER (M.),MILHAUD (G.),DENOIX DE SAINT MARC (R.)
Académie Nationale de Médecine. Paris. FRA
en ligne
Paris : Académie nationale de médecine, 2015

http://www.academie-medecine.fr/articles-du-bulletin/publication/?idpublication=100407
L'académie nationale de médecine, depuis plus de dix ans, considère la chirurgie ambulatoire avec un grand intérêt. Les estimations des économies qu'elle permettrait varient de 0.5 milliards à 6 milliard. Cela s'explique par l'absence d'études fondées sur des comparaisons factuelles bien établies. De plus, les estimations reposent, en partie, sur des comparaisons internationales qui sont biaisées par l'absence de définition claire et concrète de cette « chirurgie ». Les tarifications en France sont d'une remarquable complexité. Schématiquement, 1) les coûts pour le malade, pris en charge par l'assurance maladie et par les assurances complémentaires, sont basés sur la notion de prix de journée et sont en faveur de la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie conventionnelle ; 2) les coûts pour les établissements hospitaliers sont, pour l'essentiel, le ratio entre les allocations versées par l'assurance maladie qui reposent sur la tarification à l'activité (T2A) et ses dépenses, principalement salariales ; 3) le coût pour l'assurance maladie est celui qu'elle fixe elle-même pour chaque activité médicale (T2A) au sein de l'enveloppe globale de l'Objectif national des dépenses de santé (ONDAM), mais qui n'est pas un crédit budgétaire limitatif. L'Académie nationale de médecine, sans remettre en cause le bénéfice pour le patient de cette alternative à la chirurgie traditionnelle, insiste sur la nécessité de réaliser en France des études comparatives avec la chirurgie conventionnelle portant sur les coûts réels, directs et dérivés en s'appuyant sur une comptabilité analytique. L'analyse porterait sur des actes et des groupes de malades similaires. Par ailleurs, les propositions qu'elle avait faites pour une réforme de l'assurance maladie gardent toute leur valeur.

Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France.
BERT (T.),AUTUME (C. d'),HAUSSWALT (P.),WEILL (M.),DUPAYS (S.),PERLBARG (J.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA, Inspection Générale des Finances. (I.G.F.). Paris. FRA
C, B7224
Paris : IGAS; Paris : IGF, 2014/07
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-039R_-_Rapport.pdf
Dans le cadre de la démarche de « Modernisation de l'action publique » (MAP), l'IGAS et l'IGF ont été chargées d'une mission relative au développement de la chirurgie ambulatoire, qui correspond à une hospitalisation sans hébergement de nuit. La mission s'est intéressée aux points suivants : la situation actuelle de la chirurgie ambulatoire ; les freins à son développement et les leviers à actionner pour la développer ; le potentiel d'actes de chirurgie conventionnelle transférables à la pratique ambulatoire. Elle a fourni une évaluation des économies attendues d'une telle transformation pour l'assurance maladie et les établissements. Et elle a défini plusieurs scénarios envisageables dans la mise en oeuvre de ce processus, en termes de rythme d'évolution et de conditions à remplir.

Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire. Rapport d'évaluation technologique.
Haute autorité de santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA
En ligne
Saint-Denis: HAS, 2014/05
http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1751577
En 2010, selon la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la chirurgie ambulatoire doit être approchée comme une chirurgie de première intention, la chirurgie classique ne s'imposant en second recours que dans les situations qui l'exigent. L'article D. 6124-301 du Code de santé publique définit l'alternative à l'hospitalisation « au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prises en charge » et implique de fait une réflexion centrée sur le patient L'évaluation de l'éligibilité lors de la consultation pré-opératoire est essentielle, notamment pour assurer la sécurité des patients). En 2005, selon Lermitte, la sélection des patients a des composantes médicales et sociales. Mais l'éligibilité

des patients à la chirurgie ambulatoire dépendait plus des habitudes et des traditions des services que des données d'évidence. L'objectif de ce travail est d'évaluer les éléments à apprécier en vue de la prise en charge d'un patient à la chirurgie ambulatoire afin de garantir sa sortie le soir même de l'intervention sans risque surajouté. Le but est d'identifier les éléments ou critères abordés dans la littérature et de les reconsidérer à la lumière des pratiques françaises, et non d'élaborer des recommandations de bonne pratique. En effet, selon les données du Socle de connaissances, l'éligibilité des patients est fondée sur l'analyse du triptyque patient-acte-structure. Il serait alors difficile pour chaque structure, avec des niveaux de maturité variables en termes d'organisation et de ressources, de suivre des recommandations qui ne leur sont pas forcément adaptées (résumé de l'éditeur).

Le rapport public annuel 2014 de la Cour des Comptes. 3 tomes.
Cour des Comptes. Paris. FRA
En ligne
Paris : Cour des comptes, 2014/02
http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Rapport-public-annuel-2014
Le rapport annuel de la Cour des comptes délivre une analyse de la situation d'ensemble des finances publiques à fin janvier 2014. Le tome I expose une sélection d'observations et de recommandations illustrant les marges possibles d'économie et d'amélioration des services publics rendus, dans : - dix cas de politique publique, concernant l'agriculture, la défense et l'espace, l'éducation et la jeunesse, la santé et la cohésion sociale, et le tourisme (Volume I-1) ; - huit cas de gestion publique, concernant l'État et ses opérateurs, les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, un organisme privé subventionné et des partenariats public-privé (Volume I-2). Le tome II traite des suites données aux recommandations formulées antérieurement. Le degré de mise en œuvre constaté y est matérialisé par un jeu de trois couleurs : verte (La cour constate des progrès), orange (La Cour insiste) et rouge (la Cour alerte). Le tome III retrace les activités de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes en 2013, sous trois angles : leurs productions, leurs évolutions et leurs moyens. Ce document prône notamment une poursuite et une amplification des efforts, qui devront porter sur les collectivités territoriales et le secteur de la protection sociale, avec des économies pouvant atteindre 5 milliards d'€ pour la Sécurité sociale grâce notamment au développement des génériques et de la chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, la Cour critique le système d'indemnisation des victimes de l'amiante, l'accumulation illisible des dispositifs en faveur des personnes handicapées, le manque de maîtrise des partenariats public-privé (PPP) à l'hôpital, la précarité sanitaire des détenus ou encore le manque de contrôles de l'alimentation. Le rapport annuel de la Cour de discipline budgétaire et financière(CDBF) est annexé au rapport public annuel de la Cour des comptes.

Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger: Etat des lieux et perspectives. 2 volumes: rapport d'orientation, synthèse et recommandations.
Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA
c, en ligne
Saint-Denis La Plaine : HAS, 2013
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/rapport_dorientation_-_tarification_de_la_chirurgie_ambulatoire_en_france_et_a_letranger.pdf
La chirurgie ambulatoire permet au patient de rejoindre son domicile le jour même de son intervention. Alors qu'elle s'est fortement développée dans de nombreux pays européens pour devenir très largement majoritaire, cette pratique ne représente en France qu'environ 40% du total des interventions chirurgicales. Pour favoriser le développement de cette activité, une tarification identique a été instaurée par les pouvoirs publics à partir de 2009 entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie conventionnelle de niveau de sévérité 1. Initialement destinée à 18 procédures chirurgicales, son champ s'est progressivement étendu jusqu'à s'appliquer à 47 procédures en 2013. La HAS a constaté que la tarification identique avait contribué au développement de la chirurgie ambulatoire, mais que la part

attribuable aux incitations tarifaires était difficilement mesurable. Elle a mis par ailleurs en évidence plusieurs limites. La HAS a ensuite réalisé une revue de la littérature des différentes innovations mises en place à l'étranger au niveau tarifaire et organisationnel : tarification forfaitaire à l'épisode de soins (bundled payment) expérimentée aux États-Unis. tarif à la meilleure pratique (best practice tariff) basé sur le coût de la pratique la plus efficiente en Grande-Bretagne ; recours à des établissements sans hébergement totalement dédiés à la chirurgie ambulatoire (ambulatory surgery centers) et autonomes sur le plan juridique et administratif aux Etats-Unis. La HAS a identifié onze thématiques et a élaboré 25 recommandations présentées dans des fiches synthétiques ; elle propose les pistes d'amélioration suivantes :l'accompagnement des mesures tarifaires par d'autres types de mesures incitatives (plan d'investissement, de formation par exemple), dont la cohérence doit être assurée, aussi bien au niveau national que local ; le rétablissement du principe de la neutralité tarifaire au niveau global ; l'amélioration de la lisibilité des incitations tarifaires, tout en précisant les objectifs du régulateur ; la déclinaison du taux national cible de 50% de chirurgie ambulatoire à l'horizon 2016 en un taux par procédure, tout en favorisant les prises en charge les plus efficientes. la HAS recommande également de s'inspirer des modèles tarifaires du Royaume Uni et des États-Unis, afin de proposer en France une tarification adaptée à l'objectif poursuivi, et d'améliorer l'efficience de la prise en charge en chirurgie.

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA
Recommandations organisationnelles de la chirurgie ambulatoire. Guide méthodologique.
c, en ligne
Saint-Denis La Plaine : HAS, 2013
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1337911/fr/recommandations-organisationnelles-de-la-chirurgie-ambulatoire-outils-et-guide?xtmc=&xtcr=29
[BDSP. Notice produite par HAS qR0xtsr9. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de ce travail est de proposer des processus organisationnels opérationnels et des outils associés permettant aux acteurs de terrain de développer la chirurgie ambulatoire.

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA
Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014.
En ligne
Paris : Cnamts, 2013
http://www.wk-rh.fr/actualites/upload/CP-propositions-DEF-08072013.pdf
Après un diagnostic détaillé sur les gisements d'économies en matière de dépenses maladie, examiné la semaine dernière, la Caisse nationale a présenté le 11 juillet à son conseil une batterie de propositions chiffrées, poste par poste, pour respecter à tout prix un ONDAM de 2,4 % l'an prochain, à savoir l'objectif qu'envisagerait à présent le gouvernement. Son rapport sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie, a été adopté le même jour par les conseillers par 18 voix pour, 13 contre (Cgt, Medef, Cgpme) et 3 abstentions (Upa). Le Conseil a salué l'approche médicalisée de la régulation des dépenses autour des parcours de soins et le caractère structurel de nombre des mesures proposées, même si certaines ne produiront l'essentiel de leur effet qu'à moyen terme. Ce document, publié chaque année à la même époque, inspire bien souvent le gouvernement dans la rédaction du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), présenté en septembre. Les recommandations représentent une économie de 2,48 milliards d'euros par rapport à la croissance tendancielle des dépenses. La CNAMTS recommande de faire d'abord des économies sur les laboratoires pharmaceutiques et les fabricants de matériels médicaux (baisses de prix), pour 900 millions d'euros. A cela pourraient s'ajouter 600 millions d'euros de "maîtrise médicalisée et d'efficience des prescriptions" (indicateur global de prescription, mise sous accord préalable de la rosuvastatine, encadrement des prescriptions des nouveaux anticoagulants oraux NACO, actions sur les transports avec la "carte de

transport assis" et la régulation des prescriptions de sortie d'hôpital, biologie (TSH, immunohématologie, fer, vitamine D), impact sur la ville des actions sur la pertinence des interventions chirurgicales, régulation des lignes génériques de dispositifs médicaux...). L'Assurance maladie souhaite raboter certains tarifs médicaux dans l'imagerie et la biologie (150 millions) et développer la rééducation en ville après orthopédie, la prise en charge des personnes âgées en sortie d'hôpital, ou encore l'optimisation de la prise en charge des plaies chroniques (50 millions). Le secteur hospitalier est concerné avec plusieurs leviers d'action avec la réduction de certains tarifs de chirurgie (cataracte par exemple) et le développement de l'ambulatoire (50 millions), la rationalisation de la liste et le développement des biosimilaires (150 millions), la meilleure gestion des achats avec le programme PHARE (220 millions)... Une économie de 170 millions d'euros est souhaitée grâce à la diminution de la contribution de l'assurance maladie à l'ONDAM médico-social, en liaison avec la CNSA. Le reste des préconisations concerne la lutte contre les abus et la fraude (75 millions). L'ensemble des mesures proposées ne nécessite pas de modifications législatives mais de simples modifications réglementaires. À noter, enfin, qu'aucune des mesures choc prônées le 27 juin par la Cour des comptes dans son rapport sur la situation des finances publiques n'a été reprise.

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Lyon. FRA
Analyse de l'évolution de la chirurgie ambulatoire 2007-2011 (Mise à jour octobre 2012)
C, En ligne
Lyon : ATIH, 2012/10
http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009600004FF
Cette analyse s'inscrit dans le cadre priorité du programme « gestion des risques » (GDR) et fait suite à l'instruction DGOS du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque. Un premier état des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire avait été élaboré sur la période 2007-2009. Cet état des lieux avait été complété par l'analyse de l'activité 2010 et présente désormais une actualisation 2011.Pour la réalisation de cet état des lieux, des indicateurs ont été définis. Ils sont de deux types : - des taux de recours (indicateurs 1.1 à 1.4) calculés sur la population au niveau national et par région - des taux de chirurgie ambulatoire (indicateurs 2.1 à 2.7) calculés au niveau national et par région, avec une déclinaison par territoire de santé et par établissement.

Agence Nationale pour l'Amélioration de la Performance. (A.N.A.P.). Pais. FRA, Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA
Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Outils et recommandations économiques. Note de cadrage.
En ligne
Paris : ANAP ; Saint-Denis: HAS, 2012/04
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/cadrage_-_outils_et_recommandations_economiques.pdf
Afin d'accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire, des incitations tarifaires et réglementaires ont été mises en place depuis le début des années deux mille. Ces incitations ont eu des conséquences positives sur le développement de la chirurgie ambulatoire, mais parfois moins importantes qu'attendues. Plusieurs éléments peuvent expliquer ce résultat : une absence de prise en compte, dans les tarifs pratiqués, des conditions réelles de production des établissements, des mécanismes d'incitation encore perfectibles, une connaissance limitée par les professionnels de santé ou les établissements des grands principes tarifaires et des incitations sous-jacentes. Pour améliorer la connaissance sur les principes incitatifs ainsi que leur maîtrise par les établissements hospitaliers, deux pistes d'évolution ont donc été retenues. Elles feront l'objet de travaux spécifiques de l'ANAP et de la HAS. Il s'agira de mettre à la disposition des établissements hospitaliers des outils micro-économiques opérationnels leur permettant de mieux connaître

leurs coûts réels, donc les conditions sous lesquelles le développement de la chirurgie ambulatoire leur permettrait d'atteindre a minima l'équilibre financier (égalité des charges et des produits). Deux livrables seront fournis successivement. Le premier sera basé sur une analyse utilisant la comptabilité analytique hospitalière et simulera la substitution d'une activité de chirurgie classique par une activité de chirurgie ambulatoire. Le second portera sur l'analyse du coût d'une activité de chirurgie ambulatoire, par technique de micro-costing, à partir de l'observation directe du chemin clinique du patient. Cette étude permettra de mettre en lumière les économies d'échelle ou de gamme liées au choix de l'activité (case mix et volumes). Il s'agira également de répertorier, dans le cadre d'un rapport d'orientation, toutes les conséquences économiques des règles tarifaires actuelles, à la lumière de l'analyse de la littérature sur les incitations associées à la tarification à l'activité, complétée par l'étude des règles tarifaires originales (i.e. différentes de celles pratiquées en France) appliquées à l'étranger.

Agence Nationale pour l'Amélioration de la Performance. (A.N.A.P.). Pais. FRA, Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA
Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle de connaissances.
En ligne
Paris : ANAP ; Saint-Denis: HAS, 2012/04
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Chirambu_Rapport_Socle_de_connaissance.pdf
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_questions.pdf
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/synthese_-_socle_de_connaissances.pdf
Ce rapport est un état des lieux et des connaissances réalisé à partir des données françaises et internationales, construit pour servir de base d'informations sur laquelle les futurs travaux de la HAS et de l'ANAP se fonderont. Il reprend les définitions de la chirurgie ambulatoire, ainsi qu'un point sur la réglementation française, la description de l'environnement et des différentes modalités d'organisation, une analyse des bénéfices/risques pour les patients, un état des lieux de son développement en France et des modalités actuelles de tarification.

Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Sociaux. (A.N.A.P.). Paris. FRA, Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA
Chirurgie ambulatoire : Outils d'aide au développement. Note d'orientation.
Paris : ANAP ; Paris : HAS
2011
Pages : 15p.
La chirurgie ambulatoire reste en France insuffisamment développée alors qu'elle constitue un apport réel en termes de qualité pour les patients. Dans ce contexte, la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) unissent leurs efforts pour informer et accompagner les professionnels. Les deux partenaires publient ce jour une note d'orientation qui formalise leur coopération, définit six axes de travail, précise la nature des productions attendues et donne un calendrier d'action.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/chir_ambu_note_d_orientation_2212_2011.pdf

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Lyon. FRA
Etat des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire. Analyse nationale et régionale : Données 2007-2009
Lyon : ATIH
2010

Ce document propose un état des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire depuis 2007. Il s'inscrit dans le cadre priorité du programme « gestion des risques » (GDR) et fait suite à l'instruction DGOS du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque. Pour la réalisation de cet état des lieux, des indicateurs ont été définis. Ils sont de deux types : des taux de recours (indicateurs 1.1 à 1.4) calculés sur la population au niveau national et par région et des taux de chirurgie ambulatoire (indicateurs 2.1 à 2.7) calculés au niveau national et par région, avec une déclinaison par territoire de santé et par établissement.
http://www.atih.sante.fr/?id=0000400004FF

MALLOT (J.)
Assemblée Nationale. Mission d'Evaluation et de Contrôle des Lois de FInancement de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA
Rapport d'information sur le fonctionnement de l'hôpital.
Paris : Assemblée Nationale
2010
Pages : 171p., ann.
Ce rapport d'information fait la synthèse des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur « le fonctionnement de l'hôpital » La mission qui a concentré son analyse sur les établissements hospitaliers publics a étudié les voies et moyens de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement interne des établissements afin d'améliorer la qualité du service médical rendu aux usagers et leur efficience médico-économique. Le document comporte 46 propositions visant à réorganiser et à améliorer le fonctionnement des hôpitaux, et donc leur performance. Les pistes tracées portent sur le pilotage de l'efficience médico-économique (fixer des objectifs aux ARS en la matière), l'appui technique aux réorganisations hospitalières et la prise en compte de l'efficience (clarification des missions des multiples structures chargées de l'audit et de l'accompagnement des hôpitaux), la mise en place des pôles (instauration d'audits d'efficience médico-économique obligatoires), les outils de pilotage et de gestion dans les établissements (généralisation de la comptabilité analytique performante dans les deux ans, accélération des dispositifs d'aides à la performance), les évolutions de l'activité hospitalière (lever les freins au développement de la chirurgie et de la médecine ambulatoires, poursuivre le développement de l'HAD), la régulation par la qualité (mise en place et diffusion de référentiels, veiller davantage à la pertinence des interventions et des soins), l'efficience des achats et la sécurité juridique des marchés publics (rendre obligatoire le recours aux groupements d'achats hospitaliers), les rapports avec les usagers (améliorer l'information des usagers), le financement des établissements (généralisation du codage à la source, au lit du malade, des séjours et des actes par les professionnels de santé et généralisation des paiements des patients dès leur entrée à l'hôpital pour la consultation, les actes et examens programmés), la gestion du personnel. Tous ces progrès dans la gestion des hôpitaux français paraissent plus que jamais urgents, alors que ceux-ci vont être amenés à davantage se serrer la ceinture. Déjà cette année, les tarifs de rémunération des actes hospitaliers ont été gelés. Et l'objectif d'un retour à l'équilibre des hôpitaux en 2012 est confirmé.
http://www.lesechos.fr/medias/2010/0527/020566046701_print.pdf

BAZIN (G.), BONTEMPS (G.), DAVER (C.)
Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Abécédaire Chirurgie ambulatoire. Ce qui faut savoir... Ce qui fait débat...
Paris : Ministère chargé de la Santé
2009/01
Pages : 113p.
La finalité de ce document est d'apporter une aide à la compréhension des thématiques les plus fréquemment évoquées lors des débats entre professionnels de santé sur la chirurgie ambulatoire. Cet abécédaire, au sens de livre didactique propose deux niveaux d'approche.

Tout d'abord, une entrée thématique traite d'une question posée. Il s'agit d'une synthèse rédigée selon un schéma standard qui distingue successivement la question posée, la réglementation, les bonnes pratiques et ce qui fait débat (qui renvoie à une ou plusieurs fiches). Les quinze thèmes sont regroupés en trois champs : pratique, organisation et réglementation. La deuxième approche se fait par fiche, chaque fiche étant réliée à un thème.
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire_chir_ambu.pdf

THEVENON (M.O.)
Etude des déterminants individuels de la variabilité du mode de prise en charge et de la durée des séjours hospitaliers.
Mémoire de stage DEA Santé publique, option Economie de la santé.
Paris : Université de Paris 1 - Paris 11, Paris : CREDES
2003
Pages : 48p., tabl., graph.
Dans un contexte de hausse de la demande des soins et des coûts, les séjours de longue durée en établissements de court séjour représentent un problème de gestion tant médicale qu'administrative. La volonté d'optimiser les durées d'hospitalisation dans ces établissements pose la question des facteurs explicatifs de la durée de séjour. L'objectif de l'étude est de mesurer, pour la chirurgie de la cataracte et la décompression du nerf médian au canal carpien, l'impact des caractéristiques médicales et psycho-socio-environnementales du patient sur le mode de prise en charge (chirurgie ambulatoire vs. hospitalisation complète) et sur la durée de séjour en hospitalisation complète. Les données sont issues d'une enquête rétrospective, sur un échantillon de patients hospitalisés pendant le mois de juin 2001 (environ 4000 patients pour chacun des deux gestes étudiés). Les informations ont été traitées par geste, au moyen d'analyses des données et de régressions logistiques.

RAPPORT
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction du Risque Maladie. (D.R.M.). Paris. FRA
Evolution des parts de marché de la chirurgie classique dans 20 régions en 1999 et 2001 : réalités et perspectives.
Paris : CNAMTS
2004/11
Pages : 48p., graph., tabl.
Concomitamment à la mise en place en 2004 d'un observatoire national permettant de suivre l'évolution de la chirurgie ambulatoire en France, la CNAMTS s'est intéressée plus largement à la relation existante entre l'évolution des parts de marché de la chirurgie "classique" et le développement de la chirurgie ambulatoire.

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.). Paris. FRA, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes. (C.A.N.A.M.). Saint-Denis. FRA
Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Synthèse et mise en perspective des quatre volets de l'enquête. PNIR Enquête chirurgie Ambulatoire.
Paris : CNAMTS
2003/09
Pages : 83p., tabl., graph., ann.
Dans le cadre du Programme National Inter-Régimes de gestion du risque (PNIR 2001-2003), une enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire a été réalisée par les trois principaux régimes d'assurance maladie (Régime général, Régime agricole, Régime des professions indépendantes) avec la collaboration du CREDES. Ce document propose une synthèse des quatres volets de l'enquête.
http://www.ameli.fr/pdf/1047.pdf

DOMERGUE (J.), GUIDICELLI (H.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
La chirurgie française en 2003 : les raisons de la crise et les propositions.
Paris : Ministère chargé de la Santé
2003/02
Pages : 56p., tabl., graph.
La chirurgie française est en crise. Les raisons de cette crise sont différentes selon les secteurs d'activité chirurgicale et selon les spécialités. La gravité de la situation est due aux tensions qui existent dans les deux secteurs d'activité public et privé, à l'évolution de la société française et aux aspirations des chirurgiens comme de tous les Français qui permettent de penser qu'il s'agit d'une crise sociétale profonde, nécessitant une évolution des modes d'exercice. Ce rapport propose donc une analyse de la crise, ainsi que des solutions définies par niveaux d'urgence et de mise en application.
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/domergue/index.htm

Denis. FRA
Contrôle d'un acte de spécialité réalisé en cliniques privées : la chirurgie de la cataracte.
Saint-Denis : Canam
2000
Pages : 84p., 25 tabl., 19 graph., carte, 5 ann.
La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Independantes (CANAM) a inscrit une action de contrôle de l'acte de chirurgie de la cataracte dans son programme de gestion du risque. Ce rapport propose une analyse de la prise en charge chirurgicale de la cataracte réalisée en clinique privée. Il est décliné en trois parties. La première partie détermine l'offre de soins en milieu libéral, la demande de soins et l'offre financière. La seconde partie expose les données recueillies lors de l'enquête (descriptif de la population par âge, sexe, PCS, répartition géographique et catégorie d'établissement ; modes de prise en charge ; bilan pré-opératoire et chirurgie de la cataracte). Enfin, la troisième partie propose une étude de coût réalisée sur l'ensemble des dossiers obtenus à partir des données du système d'information du régime d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (AMPI).

SOURTY-LE GUELLEC (M.J.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France, en 1999.
Rapport Credes.
Paris : CREDES
2001/09
Pages : 50p., 11 graph., 9 tabl., 1 ann.
Cette étude fait suite à la précédente analyse sur le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire des cures de hernies inguinales ou crurales. Selon la même méthode et à partir des données du PMSI, l'estimation est réalisée pour la chirurgie de la cataracte. L'objectif est d'apprécier les possibilités de développement de la chirurgie ambulatoire en France pour certains actes pratiqués de façon courante sans hospitalisation dans de nombreux pays, en Amérique du Nord notamment. Cette étude complète une analyse récente de la Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sur l'évolution spectaculaire de la chirurgie de la cataracte ces dix dernières années et sur le développement modéré de la chirurgie ambulatoire en France.

Association Française de Chirurgie Ambulatoire. (A.F.C.A.). Montpellier. FRA
AFCA 2000 : chirurgie ambulatoire.

Montpellier : AFCA
2000/11
Pages : 519p.
Cet ouvrage rassemble différentes communications ou articles sur le thème de la chirurgie ambulatoire en Europe, et plus particulièrement, sur la France et le Royaume-Uni. Divers aspects sont abordés : définition, organisation, réglementation, prise en charge des malades, évaluation des coûts et de la qualité des soins...

La chirurgie ambulatoire : gestion, organisation, économie.
Montpellier : Sauramps Médical
2000
Pages : 330p., tabl., index
La chirurgie ambulatoire, dont le développement n'a cessé de croître depuis plus de 10ans , est arrivée à un palier en France. Les professionnels de santé ont montré que sa réalisation dépendait d'une organisation bien spécifique et de risques bien maîtrisés. Mais étendre le champ de la chirurgie ambulatoire, c'est aussi concourir à une bonne maîtrise des dépenses de santé et répondre à la demande des patients. Cette alternative à l'hospitalisation, inscrite dans la loi hospitalière de 1991, a jusqu'à présent surtout retenu l'attention des établissements de santé privés, qui voyaient là un moyen de mieux rentabiliser leur plateau technique. Il appartient aujourd'hui au secteur public de relever le défi. Cet ouvrage a donc pour but d'exposer les acquis et d'expliquer les objectifs pour les années à venir. Il explore le sujet sous différents aspects : historique et définition de la chirurgie ambulatoire, état des lieux, réglementation, organisation, évaluation et qualité, stratégie économique, éducation et information du malade, responsabilité médicale.

BUSSON (O.), DOUSSIN (A.), SOURTY-LE GUELLEC (M.J.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. L'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales.
Rapport Credes.
Paris : CREDES
2000/05
Pages : 52p., 3 graph., 8 tabl., 2 ann.
L'objet de cette étude est d'adapter au Programme Médicalisé des systèmes d'information (PMSI) une méthode d'appréciation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Cette méthode élaborée par l'Association des Hôpitaux du Québec, est un outil destiné aux établissements hospitaliers. Les séjours avec cure de hernies inguinales ou crurales ont été retenus pour cette première tentative.

GUIDICELLI (H.), VERAN-PEYRET (M.F.)
La chirurgie en France. Constat et propositions.
1997/02
Pages : 144p., ann.

MAHIEU (A.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
Etat des lieux de la chirurgie ambulatoire en France en 1997.
Rapport de stage.
Paris : CREDES
1997
Pages : 126p., tabl., graph., fig.
Cote Irdes : B2522

Après un aperçu historique sur le développement de la chirurgie ambulatoire en Europe et Etats-Unis, ce rapport dresse un bilan de la situation de la chirurgie ambulatoire en France : réglementation, organisation, activité. Il aborde ensuite le mode de fonctionnement des structures de chirurgie ambulatoire et termine sur une évaluation des freins et facteurs de développement.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). Paris. FRA
La chirurgie ambulatoire.
Paris : ANAES
1997/05
Pages : 105p., tabl.
La première partie de ce rapport est consacrée aux facteurs médicaux et non médicaux à l'origine de l'accroissement du nombre d'interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire en France. Dans la seconde partie, la réflexion a porté sur l'évaluation des conséquences à la fois cliniques et économiques du transfert d'une activité de chirurgie classique vers une activité en ambulatoire.

RAFFY-PIHAN (N.), MAHIEU (A.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
La chirurgie ambulatoire en France : bilan et perspectives.
Rapport Credes.
Paris : CREDES
1997/11
Pages : 126p., 6 tabl., 5 graph.
La chirurgie ambulatoire, appelée également chirurgie de jour, est une alternative à l'hospitalisation classique, bien connue aux Etats-Unis et de manière plus inégale en Europe. Ce mode de prise en charge suscite en France de nombreuses interrogations : Quelle est sa situation? Où est-elle pratiquée ? Quel développement pourrait-elle avoir ? Ce rapport tente de répondre à ces différentes questions en présentant un premier bilan de la chirurgie ambulatoire en France.

Caisse Régionale d'Assurance Maladie. (C.R.A.M.). Rennes. FRA
La chirurgie ambulatoire dans les établissements privés en Bretagne : aspect quantitatif et qualitatif de la pratique.
Rennes : CRAM
1995/07
Pages : 51p., ann., graph., tabl.
Cette étude réalisée sur l'activité des établissements privés de la région Bretagne en matière de chirurgie ambulatoire permet de relever les ressources mobilisées pour la pratique ambulatoire, les volumes d'activité et le taux d'occupation des places autorisées, l'analyse détaillée de la nature des actes réalisés.

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction du Service Médical de la Région Rhône-Alpes. Université Claude Bernard Lyon 1 Institut d'Epidémiologie. Lyon. FRA
Chirurgie Ambulatoire une pratique avantageuse. Situation-Consensus-Evaluation médico-économique.
1994
Pages : 454p., tabl., graph., ann.

MANSAT (C.), BANCO (P.)
Chirurgie ambulatoire.
Paris : Masson
1994

Pages : 205p., fig., index
Les conclusions de la 5e conférence de consensus de la chirurgie sans hospitalisation (Paris, mars 93) ont permis de faire le point sur cette chirurgie, dite aussi ambulatoire, et de la situer dans un cadre juridique et économique. Cet ouvrage aborde ces aspects-là ainsi que les impératifs médicaux qui régissent la pratique ambulatoire et les règles qui garantissent la sécurité du patient.

Articles

BARREAU AGUILERA (Maryse)
Développer l'ambulatoire. Un challenge à la portée de tous.
Comment réussir le virage ambulatoire ? Dossier.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2010/11-12
N°: 537 Pages : 14-17, ill.
[BDSP. Notice produite par EHESP kR0xElDG. Diffusion soumise à autorisation]. La capacité d'hospitalisation conventionnelle générée par la chirurgie ambulatoire représente une véritable soupape pour les hôpitaux, cependant, cette démarche a encore bien du chemin à faire en France pour atteindre les investissements des pays voisins en la matière. Les facteurs de réussite, les leviers et les freins au développement de la chirurgie ambulatoire en France sont évoqués ici, avec pour illustration le centre hospitalier de Cholet, qui a ouvert en septembre 2007 une unité de chirurgie anesthésie ambulatoire.

TRIBOULET (Jean-Pierre)
Chirurgie ambulatoire : un modèle organisationnel et économique.
Comment réussir le virage ambulatoire ? Dossier.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2010/11-12
N°: 537 Pages : 12-13
[BDSP. Notice produite par EHESP R0xHp89J. Diffusion soumise à autorisation]. Le président de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) dresse un rapide état des lieux de cette pratique en France (la chirurgie ambulatoire ne représente que 26.2% de l'activité en France alors qu'elle concerne 70 à 80% de l'activité chirurgicale dans de nombreux pays d'Europe), et prône son développement en présentant ses avantages et son modèle organisationnel.

ARNAULT (Séverine), EVAIN (Franck), KRANKLADER (Elodie), LEROUX (Isabelle)
L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle.
ETUDES ET RESULTATS (DREES)
2010/02
N°: 716 Pages : 8p., tabl.
25 millions de séjours en 2008, l'activité en hospitalisation complète ou partielle est en hausse de 1,0% par rapport à 2007. En revanche, les capacités exprimées en nombre de lits et places au 1er janvier 2009 sont en légère diminution (-1,0% par rapport au 1er janvier 2008). L'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), mesurée en nombre d'entrées et de venues, est en très légère hausse (+0,5% environ). À champ constant, l'hospitalisation partielle est toutefois plus dynamique que l'hospitalisation complète (+1,9% par rapport à 2007), en lien avec la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire. En psychiatrie générale, la baisse de l'activité en hospitalisation complète observée ces dernières années se confirme en 2008 (-1,6%). En revanche, en hospitalisation partielle, l'activité semble se stabiliser (+0,3%) après plusieurs années de hausse. Pour l'activité en soins de suite et de réadaptation (SSR), plus de trois millions d'entrées sont enregistrées en 2008, tous modes d'hospitalisation confondus, soit une augmentation de 6,7% par rapport à

2007. La diminution de l'activité en soins de longue durée (SLD) qui s'accélère (-8,5%) résulte d'un transfert de l'activité sanitaire vers le médico social.
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er716.pdf

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA
Progression du taux de chirurgie ambulatoire entre 2006 et 2009, liée à la mise sous accord préalable.
Paris : CNAMTS
POINT D'INFORMATION (CNAMTS)
2010/11/30
Pages : 1-10
Depuis une dizaine d'années, les durées d'hospitalisation diminuent dans la plupart des pays développés. Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène : nouvelles techniques d'anesthésie, interventions chirurgicales moins invasives ou substituées par d'autres thérapeutiques, mise en oeuvre de programmes de suivi des patients à domicile après une hospitalisation. Le développement de la chirurgie ambulatoire s'inscrit dans cette dynamique, répondant aux attentes des patients et offrant aux établissements de santé des coûts de production optimisés. En 2008, dans le cadre de la loi de financement pour la sécurité sociale, l'Assurance Maladie a testé puis étendu un dispositif innovant et opérationnel pour inciter les établissements de santé à pratiquer la chirurgie ambulatoire. Ce dispositif prévoit la mise sous accord préalable, pour certaines interventions ciblées, des établissements de santé dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à la moyenne (régionale et nationale). Portant sur 5 gestes chirurgicaux en 2008, cette procédure a été déployée significativement en 2009 en intégrant 12 nouveaux actes. Les 17 gestes marqueurs sélectionnés représentent 2 millions d'interventions et la très large majorité des opérations réalisées en ambulatoire en France (84%). Depuis 2008, plus d'un établissement de santé sur deux pratiquant la chirurgie a été mis sous accord préalable, soit un total de 532 établissements. Cette étude de l'Assurance Maladie étudie l'impact dans la durée du dispositif de mise sous accord préalable pour évaluer son effet à plus long terme : la progression persiste au-delà de la mise en place du dispositif.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dp_chir_ambulatoire_vdef.pdf

CANOUI-POITRINE (F.), LOGEROT (H.), FRANK-SOLTYSIAK (M.)
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA
Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire.
PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS
2008/10-12
N° : 4
Pages : 323-330, tabl.
L'objectif de cette étude était de mesurer la satisfaction de l'ensemble des acteurs, patients et professionnels, d'une unité de chirurgie ambulatoire multidisciplinaire accueillant des adultes et des enfants. Les patients et les professionnels ont été interrogés sur leur perception de la prise en charge du patient (information délivrée et relation avec les soignants) et l'organisation des soins.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Satisfaction_en_chirurgie_ambulatoire.pdf

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA
La chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé français : Une évolution positive entre 2006 et 2008.
POINT D'INFORMATION (CNAMTS)

2009/01/22
Pages : 9p.
Au 1er semestre 2008, le taux de chirurgie ambulatoire était de 54 %, contre 36 % en 2000. Les cliniques privées continuent d'afficher un taux plus élevé (58 %) que les hôpitaux publics (47 %) mais ces derniers enregistrant actuellement une progression sensible réduisent l'écart. Si l'on considère six des interventions chirurgicales les plus courantes, ces résultats sont plus positifs encore avec un taux qui approche les 65 %. Aux États-Unis, la chirurgie ambulatoire atteignait les 94 % en 2003. Le dispositif d'accord préalable, prévu par la LFSS pour 2008, mis en place par l'Assurance Maladie et les ARH pour les établissements dont l'activité ambulatoire est inférieure à la moyenne a permis de redresser la barre. En un semestre, plus de 200 établissements de santé, dont 63 % de cliniques privées, ont été mis sous accord préalable avec pour résultats une hausse du taux de 29 points, en quelques mois seulement. La CNAMTS chiffre les économies à "quelques centaines de millions d'euros par an".
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier_de_presse_Chirurgie_ambulatoire_vdef2.pdf

BONTEMPS (G.)
Vers une disparition programmée de la chirurgie publique ?
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2005/05-07
Vol : 23 N° : 3-4
Pages : 215-221
[BDSP. Notice produite par ORSRA 8WR0xllO. Diffusion soumise à autorisation]. La CNAMTS a mis en place un observatoire national permettant le suivi dans le temps du développement de la chirurgie ambulatoire. Les premiers travaux réalisés dans le cadre de la mise en place de cet observatoire ont amené la CNAMTS à s'intéresser plus particulièrement à l'impact du développement de la chirurgie ambulatoire au niveau de l'évolution des parts de marché chirurgicales. 18 types d'intervention chirurgicales, dénommés gestes marqueurs, ont été choisis, constituant autant d'indicateurs de cette chirurgie "classique". Une enquête exhaustive, sur l'ensemble des établissements publics et privés de 20 régions métropolitaines, a été menée à partir des bases PMSI des années 1999 et 2001. L'étude sur les parts de marché chirurgicales montre l'apparition d'une ligne de fracture entre le secteur public et le secteur privé, avec une position dominante du secteur privé sur les interventions les plus fréquentes.

BONTEMPS (Gilles), COUSTAR (Nadine), TOUPIN (Marie-Hélène), et al.
Enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire : conditions du développement.
TECHNOLOGIE ET SANTE
2004/12
Vol : N° : 53
Pages : 100p., tabl., graph., carte, fig.
[BDSP. Notice produite par APHPDOC K1ayR0xZ. Diffusion soumise à autorisation]. Une enquête nationale a été menée pendant trois ans par l'assurance maladie sur la chirurgie ambulatoire. Après un examen des besoins de la population, de l'offre de soins adéquate, du point de vue des acteurs et des dépenses de la chirurgie ambulatoire, elle conclut à la nécessité de développer fortement la chirurgie ambulatoire et confirme qu'elle constitue un enjeu majeur en termes d'organisation des soins et d'économie pour la collectivité.

AUDRIC (Sophie), BUISSON (Guillemette), HAURY (Brigitte)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
La spécialisation des établissements de santé en 2002.
ETUDES ET RESULTATS
2005/02

N° : 374
Pages : 12p.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE hxOlOR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La spécialisation de l'activité des établissements de santé, en fonction de leur type de financement, se poursuit au cours des dernières années. Ainsi, en 2002, le secteur public accueille en médecine les deux tiers des séjours, notamment pour le traitement des affections neurologiques et pulmonaires et ne réalise qu'un peu moins du tiers de l'activité chirurgicale, mais une forte proportion des actes complexes. Il prend également en charge 64% de l'activité d'obstétrique (grossesses à risque prises en charge en ambulatoire). Les cliniques privées sous objectif quantifié national (OQN) privilégient les séjours médicaux en hospitalisation partielle, - endoscopies sous anesthésie, actes médicaux les plus fréquents - ainsi qu'un peu plus de six séjours chirurgicaux sur dix réalisés en ambulatoire. Les établissements privés sous dotation globale (DG) sont notamment spécialisés, en médecine comme en chirurgie, dans le domaine du cancer. Enfin, le secteur public réalise la quasi-totalité des soins de long séjour tandis que les établissements privés se spécialisent dans la réadaptation fonctionnelle.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er374.pdf

PARMENTIER (G.)
The day-surgery's concept.
Le concept de chirurgie ambulatoire : la chirurgie ambulatoire.
La chirurgie ambulatoire.
FRE
BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE
2002
Vol : 185 N° : 6 :
Pages : 1027-1035
La chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation centré sur le patient. C'est une innovation dont le développement dépend des politiques d'accompagnement qui lui sont consacrées. Comme pour toute innovation elle ne peut faire profiter les patients ou la société de ses bienfaits que dans la mesure où les conditions de sa mise en oeuvre sont respectées. Les définitions internationales reconnues insistent toutes sur son caractère qualifié et substitutif.

SALES (J.P.)
Place de la chirurgie ambulatoire en France : comparaisons internationales.
Ambulatory surgery in France : development and international comparison.
La chirurgie ambulatoire.
BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE
2002
Vol : 185 N° : 6:
Pages : 1037-1044
La chirurgie ambulatoire en France a fait l'objet d'un encadrement réglementaire strict depuis 1992. Il existait en France, en 1998, près de 7 600 places autorisant environ 2 700 000 interventions annuelles. L'Association Française de Chirurgie Ambulatoire, en collaboration avec l'International Association for Ambulatory Surgery, a développé un indicateur regroupant 18 interventions dites "traceuses" représentatives de la pratique ambulatoire. Cet indicateur a cru de 35,2% en 1997 à 39,3% en 1999. La répartition entre secteur libéral et secteur public était superposable à celle de la chirurgie en hospitalisation complète. La progression du nombre d'actes en ambulatoire a été supérieure à la progression des actes réalisés en hospitalisation complète. Les comparaisons internationales ont montré que la France était en dixième position sur treize pays membres de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Economique, laissant supposer l'existence d'un important potentiel ambulatoire au sein des patients actuellement hospitalisés.

PERRONNIN (M.), SOURTY-LE GUELLEC (M.J.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
Influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital.
Paris : CREDES
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (CREDES)
2003/09
N° : 71:
Pages : 6p.
Dans le cadre du Programme National Inter-Régimes de gestion du risque (PNIR 2001-2003), une enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire a été réalisée par les trois principaux régimes d'assurance maladie (Régime général, Régime agricole, Régime des professions indépendantes) avec la collaboration du CREDES. Un des objectifs de cette enquête, menée auprès d'établissements hospitaliers et de patients, est d'évaluer le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. A partir des données de l'enquête, cette étude présente l'influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital pour plusieurs gestes chirurgicaux précis. Elle fait suite à une première analyse qui détaille les résultats pour deux gestes : la chirurgie de la cataracte et la chirurgie du canal carpien (Thévenon, 2003).
http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum71.pdf

OBERLIN (P.), MOUQUET (M.C.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Les interventions de chirurgie fonctionnelle : une activité programmée importante mais hétérogène.
ETUDES ET RESULTATS
2002/10
N° : 194 :
Pages : 12p., 2 graph., 6 tabl., carte
Les interventions de chirurgie fonctionnelle ont pour but de corriger un état physique qui s'altère progressivement, entraînant une gêne fonctionnelle croissante. Cette chirurgie s'adresse essentiellement à des adultes, parfois très âgés. Parmi ces interventions, cette étude en a sélectionné certaines, fréquentes et relatives à plusieurs domaines de la pathologie : les interventions pour adénomes de la prostate, cataractes, hernies de l'aine, hémorroïdes, troubles de la statique pelvienne, syndromes du canal carpien, varices et les arthroplasties de hanche et de genou. Cela représente plus d'un million de séjours en 1999, soit le quart des séjours chirurgicaux des personnes de 15 ans ou plus. L'augmentation est de 31 % par rapport à 1993, alors que l'activité hospitalière de court séjour n'a progressé que de 11 % dans le même temps. Les différences régionales des taux de recours sont importantes jusqu'à s'écarter de plus de 40 % de la valeur nationale. Elles varient selon les pathologies et s'accompagnent de différences de pratiques, comme un recours plus ou moins important à la chirurgie ambulatoire ou l'utilisation de techniques différentes. Lorsque la pathologie le permet, la fréquence de la chirurgie ambulatoire augmente, de même que les séjours de très courte durée. Les établissements privés occupent une position dominante dans ce type d'interventions (résumé d'auteur).
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er194.pdf

Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs.
Paris : CREDES
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (CREDES)
2002/04

N° : 50
Pages : 6p.
Cette étude fait suite à deux publications concernant les cures de hernies inguinales ou crurales et la cataracte. Elle précède une vaste enquête menée actuellement par les trois caisses nationales d'Assurance maladie, sur la pratique de la chirurgie ambulatoire en France auprès des établissements et des patients, dans le cadre du Programme national inter-régimes (PNIR) de gestion du risque 2001-2002. L'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) propose de suivre le développement de la chirurgie ambulatoire pour une vingtaine de gestes chirurgicaux. L'auteur de ce document présente un bilan pour 17 gestes marqueurs. Puis, selon une méthode québécoise, il estime les possibilités de développement pour chacun de ces gestes.
http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum50.pdf

CASTIEL (Didier)
Chirurgie de la cataracte : étude comparative des modes d'organisation. Chirurgie d'un jour versus chirurgie traditionnelle.
Organisation et efficience.
GESTIONS HOSPITALIERES
2001/12
N° : 411 :
Pages : 801-806, tabl., graph.
[BDSP. Notice produite par ENSP xf1w1R0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cette étude est d'identifier le circuit du malade dans le cadre restreint de la chirurgie de la cataracte sénile (patient âgé de 65 ans ou plus), sans complication particulière. Deux modes d'organisation de cette chirurgie ont été retenus : chirurgie d'un jour et chirurgie traditionnelle. Aussi, au-delà du repérage du circuit du malade au sein de l'une ou l'autre de ces organisations, il s'agit également de comparer la prise en charge de ces deux modes d'organisation.

DERAEDT (S.), SANAT (J.), ARPIN-RAMBAL (A.), VAN HAVERBEKE (L.)
Contribution d'une étude du service médical de l'assurance maladie à la restructuration de l'offre de soins en chirurgie en Ile-de-France.
REVUE MEDICALE DE L'ASSURANCE MALADIE
2001/01-03
Vol : 32 N° : 1 :
Pages : 33-41, 6 tabl.
Dans le cadre de l'élaboration du volet chirurgie du schéma régional d'organisation sanitaire de deuxième génération (SROS 2), le service médical de l'assurance maladie d'Ile-de-France a réalisé une étude en trois étapes, de 1998 à 1999, visant à décrire quantitativement et qualitativement l'activité chirurgicale de l'ensemble des établissements franciliens. Ce travail fait suite à une première enquête réalisée en 1997 dont les données avaient été publié dans le n° 1 - 2000 de cette même revue. Les résultats de 1998-1999 soulignent l'inégalité de répartition et l'éclatement de l'offre de soins, l'inadaptation aux besoins de certaines structures franciliennes en termes de capacité et d'équipement. Il existe également une insuffisance de développement de la chirurgie ambulatoire dans le secteur sous dotation globale. L'étude de la répartition des séjours pour les actes traceurs sélectionnés dans les différentes disciplines a mis en évidence, pour beaucoup d'entre eux, une grande hétérogénéité de production entre établissements, soulignant la nécessité de développer les complémentarités entre établissements et de regrouper les équipes pour la prise en charge de certains affections. Ces résultats ont contribué à l'élaboration des recommandations et des annexes opposables au SROS.

SOURTY-LE GUELLEC (M.J.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA

Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France, en 1999.
Paris : CREDES
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (CREDES)
2001/09
N° : 41
Pages : 6p., 2 graph., 2 carte,
Cette étude fait suite à la précédente analyse sur le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoires des cures de hernies inguinales ou crurales. Selon la même méthode et à partir des données du PMSI, l'estimation est réalisée pour la chirurgie de la cataracte. L'objectif est d'apprécier les possibilités de développement de la chirurgie ambulatoire en France pour certains actes pratiqués de façon courante sans hospitalisation dans de nombreux pays, en Amérique du Nord notamment. Cette étude complète une analyse récente de la Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sur l'évolution spectaculaire de la chirurgie de la cataracte ces dix dernières années et sur le développement modéré de la chirurgie ambulatoire en France.
http://www.credes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum41.pdf

FRANK (M.), DEMONT (F.)
La valorisation de la chirurgie ambulatoire en France.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2000/11-12
Vol : 38 N° : 7-8
Pages : 433-440, rés.
[BDSP. Notice produite par ORSRA bVMJR0xX. Diffusion soumise à autorisation]. Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) permet de mesurer l'activité de chirurgie ambulatoire mais aussi de déterminer son potentiel de développement pour un ou plusieurs établissements, voire une région. le PMSI peut freiner le développement de la pratique ambulatoire (faible valorisation des Groupes Homogènes de Malades de chirurgie ambulatoire), c'est pourquoi les pouvoirs publics français ont décidé d'inciter cette pratique par des mesures spécifiques. La qualité est indispensable mais non mesurée par le PMSI, ce dernier ne saurait donc être le seul instrument d'évaluation de la pratique ambulatoire. (R.A.).

RAFFY-PIHAN (N.), MAHIEU (A.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
La chirurgie ambulatoire en France : bilan et perspectives.
Paris : CREDES
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (CREDES)
1998/01
N° : 2
Pages : 4p., 1 tabl., 2 graph., 1 carte
La chirurgie ambulatoire, appelée également chirurgie de jour, est une alternative à l'hospitalisation classique, bien connue aux Etats-Unis et de manière plus inégale en Europe. Ce mode de prise en charge suscite en France de nombreuses interrogations : Quelle est sa situation? Où est-elle pratiquée ? Quel développement pourrait-elle avoir ? Ce rapport tente de répondre à ces différentes questions en présentant un premier bilan de la chirurgie ambulatoire en France.

BUSSON (O.), DOUSSIN (A.), SOURTY-LE GUELLEC (M.J.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA

Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. L'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales.
Paris : CREDES
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (CREDES)
2000/05
N° : 30
Pages : 4p., 2 graph., 3 enc.
L'objet de cette étude est d'adapter au Programme Médicalisé des systèmes d'information (PMSI) une méthode d'appréciation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Cette méthode élaborée par l'Association des Hôpitaux du Québec, est un outil destiné aux établissements hospitaliers. Les séjours avec cure de hernies inguinales ou crurales ont été retenus pour cette première tentative.
http://www.credes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum30.pdf

BAUBEAU (D.), BOUSQUET (F.), JOUBERT (M.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Le traitement chirurgical de la cataracte en France.
ETUDES ET RESULTATS
2001/02
N° : 101
Pages : 8p., 2 tabl., 6 graph., 3 enc.
L'opération de la cataracte est l'acte chirurgical le plus fréquent en France. Il représente la deuxième cause d'hospitalisation. En quinze ans, le nombre d'interventions a été multiplié par trois. Pourtant, les taux de recours restent, à structure de population identique, très différents selon les départements. L'activité est, par ailleurs, très concentrée dans le secteur privé. Les modes de prises en charge tendent à se standardiser allant de la chirurgie ambulatoire à l'hospitalisation de deux jours. Les durées de séjours et la proportion de patients traités en ambulatoire varient en fonction des caractéristiques médicales du patient mais aussi de facteurs propres aux établissements. Le recours à la chirurgie ambulatoire est plus développé dans les établissements privés et dans ceux qui ont un volume d'activité important allant avec une organisation adaptée.
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er101.pdf

OBERLIN (P.), MOUQUET (M.C.), BURGUN (A.), DELAMARE (D.), TUDEAU (L.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Le traitement des hernies de l'aine en 1998 : un exemple de la disparité des pratiques.
ETUDES ET RESULTATS
2000/11
N° : 92
Pages : 12p., 3 enc., 4 graph., 6 tabl.
Les résultats présentés dans ce document sont le résultat d'une exploitation de la base nationale publique et privée constituée, pour l'année 1998, dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Afin de montrer la disparité des pratiques médicales, les auteurs de ce document s'appuient sur le traitement des hernies de l'aine en 1998 : nombre d'interventions réalisées par âge, par sexe, selon la catégorie d'établissement, selon la technique utilisée et selon la durée moyenne de séjour...
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er092.pdf

L'HUILLIER (M.C.), MANN (C.), MIGLIORI (G.)
Chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux publics français. Présent et avenir.
PRESSE MEDICALE (LA)
1998/02/28
Vol : 27 N° : 2

Pages : 347-350, 4 tabl.

JOHANET (H.), MARICHEZ (P.), GAUX (F.)
Chirurgie ambulatoire. Organisation et résultats. A propos de cinq ans d'expérience.
CHIRURGIE
1997
Vol : 122 N° : :
Pages : 35-38

LEBLANC (N.), DAULHAC (C.), ACHARD (L.), GATEAU (R.)
La chirurgie ambulatoire dans les établissements hospitaliers sous dotation globale.
Escale en PMSI.
GESTIONS HOSPITALIERES
1999/06-07
N° : 387
Pages : 413-419, tabl.
Cette étude vise à quantifier et à qualifier l'activité de chirurgie ambulatoire dans les établissements publics ou participant au service public hospitalier (PSPH) de la région Auvergne. La prise en compte d'un potentiel d'activité en chirurgie ambulatoire permet secondairement l'estimation du nombre de place ouvrables au regard de l'activité.

CORVEZ (A.)
La chirurgie ambulatoire et sa contribution à une amélioration de l'aménagement du territoire.
Santé publique et aménagement du territoire.
ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
1999/12
N° : 29
Pages : 52-54, 2 fig.

AOUSTIN (M.)
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA
Chirurgie sans hospitalisation.
Conférence de consensus sur "la chirurgie sans hospitalisation".
(Paris)
1993/03/22-24
REVUE MEDICALE DE L'ASSURANCE MALADIE
1993
N° : 4 :
Pages : 39-45
Exposé présenté lors de la conférence de consensus sur "la chirurgie sans hospitalisation" des 22-23-24 mars 1993. Il cherche à analyser les facteurs expliquant la situation présente, en France, de l'offre et de la demande en chirurgie sans hospitalisation, à la fois en exercice public et libéral.

BONHOMME (C.)
Chirurgie ambulatoire à l'hôpital : une marginale en quête d'avenir
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
1993/01-02
N°: 1 . Pages : 6-16, tabl.

Les systèmes d'information : informatique hospitalière, PMSI

Ouvrages, rapports, working papers

Hôpital numérique. Rapport d'activité 2014.
Direction Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.). Paris. FRA
En ligne
Paris : DGOS, 2015
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Hopital_numerique_-_rapport_activite_-_2014_-_mars_2015.pdf
A l'occasion du troisième anniversaire du programme Hôpital numérique, la direction générale de l'offre de soins, qui en assure le pilotage, en publie le rapport d'activité 2014, qui donne un éclairage complet sur son état d'avancement et ses réalisations concrètes.

Stratégies du système d'information vers l'hôpital numérique.
CARTAU (Cédric)
C, rediffusion BDSP
Rennes : Presses de l'EHESP, 2014
[BDSP. Notice produite par EHESP sqlR0xFj. Diffusion soumise à autorisation]. Les établissements de santé n'échapperont pas à la marche vers la numérisation et l'informatisation massive qui a déjà touché les autres secteurs économiques. Si certains domaines sont informatisés depuis de nombreuses années (laboratoires, imagerie) dans d'autres (prescription connectée, télé-imagerie régionale), il s'agit pour nombre d'établissements d'une véritable révolution qui suscite craintes et espoirs. Complément indispensable des deux manuels précédents (Guide pratique du système d'information et La sécurité du système d'information des établissements de santé), ce guide, à l'intention des managers, propose cette fois des outils concrets permettant de mesurer les enjeux de ce tournant numérique et de mieux évaluer l'impact des stratégies adoptées. Qu'il soit décideur, professionnel de l'informatique ou cadre de santé, le lecteur tirera profit de l'approche globale et systématique proposée ici : la notion d'hôpital numérique n'est pas seulement abordée sous l'angle technique mais mise en perspective par rapport aux véritables enjeux du monde de la santé.

Atlas 2014 des SIH. Etat des lieux des systèmes d'information hospitaliers.
Direction Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.). Paris. FRA,Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Paris. FRA
En ligne
Paris : DGOS, 2014/06
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Atlas_des_SIH_2014-2.pdf
La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) publie le premier atlas des systèmes d'information hospitaliers (SIH) qui rassemble à fois les données d'usage des systèmes d'information hospitalier, les données de l'offre industrielle et les charges et ressources mises en oeuvre pour accompagner le déploiement des SIH par les établissements de santé. Ce document a été élaboré en collaboration avec l'ATIH à partir des données recueillies par l'Observatoire des systèmes d'informations de santé (oSIS) et l'Observatoire du Référencement des Editeurs de Logiciels et des Intégrateurs du Monde de la Santé (RELIMS). L'édition 2014 s'enrichit d'un état des lieux des indicateurs du socle commun du programme Hôpital numérique.

Hôpital numérique. Rapport d'activité 2013.
Direction Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.). Paris. FRA
En ligne
Paris : DGOS, 2014/01

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_d_activite_-_Hopital_numerique_2013-2.pdf
Lancé fin novembre 2011 avec la publication du guide des indicateurs des pré-requis et des domaines fonctionnels prioritaires, le programme Hôpital numérique, plan stratégique de développement et de modernisation des systèmes d'information hospitaliers (SIH) pour la période 2012-2017, est désormais pleinement opérationnel aux niveaux national, régional et local. Le présent rapport d'activité revient en détail sur la mise en oeuvre de ce programme, centré sur la modernisation des systèmes d'information des établissements de santé.

Audit des Systèmes d'Information Hospitaliers auprès d'établissements représentatifs : Rapport final.
Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. (A.N.A.P.). Paris. FRA
En ligne
Paris : ANAP, 2014
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Audit_SIH_Rapport_Final.pdf
L'audit des SIH de treize établissements, mené par l'ANAP au premier trimestre 2014, complété par une étude des bases de données disponibles, a permis de constater : (1) que le marché français de l'informatique hospitalière, troisième par la taille en Europe, est excessivement fragmenté tant du côté de l'offre que du côté de la demande et, par conséquent, est structurellement fragile ; (2) que l'informatisation de la production des soins est très largement engagée dans les hôpitaux français et que l'usage de l'informatique est généralisé à l'hôpital, dans tous les secteurs ; (3) que les spécialités médicales et l'ouverture des SIH sur leur territoire sont des thèmes émergents. Les déterminants du succès du déploiement des SIH sont très largement externes, en particulier par les politiques publiques. En interne, les SIH doivent s'appuyer sur la stratégie, les hommes et les organisations, les méthodes et les outils et leur interopérabilité. Le rapport propose trois axes de travail pour accélérer le déploiement et l'usage des SIH : (1) les actions visant à renforcer les capacités des établissements en maîtrise d'ouvrage des SI et à les préparer à intégrer leur système dans le parcours coordonné du patient ; (2) les actions de structuration de l'offre de SIH ; (3) les actions visant à renforcer l'action publique et à accroitre la lisibilité des actions.

Identifier les enjeux de l'articulation entre dossier patient commun et dossiers de spécialités.
BLANCHET (P.),FOREST (M.),SOL (H.)
Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. (A.N.A.P.). Paris. FRA
En ligne
Paris : ANAP, 2014
http://www.monhopitalnumerique.fr/medias/Objets/Fichiers/Identifier%20les%20enjeux%20de%20l'articulation%20entre%20dossier%20patient%20commun%20et%20dossiers%20de%20spécialité.pdf
La constitution d'une informatique médicale et administrative a donné lieu à des cohabitations de logiciels complexes avec d'une part un dossier patient commun et des outils ou dossiers de spécialité, sur mesure. Leur articulation est un véritable enjeu pour l'établissement de santé avec des améliorations attendues en termes de qualité de la prise de charge des patients, de conditions de travail des professionnels de santé et de valorisation de l'activité. Ce rapport explique l'origine des articulations insatisfaisantes souvent observées aujourd'hui ainsi que les risques et inconvénients induits. Il présente différentes préconisations, issues de l'expérience des membres du groupe de travail ainsi que des témoignages des 5 établissements de santé visités, privés et publics.

Information médicale, e-santé. Fondements et applications.
A4416
Paris : Springer-Verlag France, 2013

L'informatique médicale est devenue au fil des années une vraie discipline scientifique dont les bases et applications sont enseignées non seulement dans tous les domaines de santé (médecine, odontologie, pharmacie, maïeutique, sciences sanitaires et sociales, école de soins infirmiers et de kinésithérapie, écoles de santé publique?) mais également dans de nombreux autres cursus (Sciences de la vie, Écoles d'ingénieur et d'économie, etc.). Ce livre est le fruit du travail collectif de nombreux auteurs appartenant principalement au Collège français des enseignants chercheurs de cette discipline. Il est composé de 19 chapitres qui comportent tous des objectifs pédagogiques, des conseils pour approfondir les connaissances dans le domaine et des exercices.

Ministère chargé de la Santé. Direction Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.). Paris. FRA, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Paris. FRA
Note d'analyse des charges SIH (Système d'Information Hospitalier) des établissements de santé antérieurement sous dotation globale à fin 2010.
C, En ligne
Lyon : ATIH, 2012/10
La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) publient pour la première fois l'intégralité des résultats de l'analyse des budgets consacrés aux systèmes d'information hospitaliers. Cette analyse a été réalisée à partir des données de l'enquête «charges et ressources 2010», menée entre juillet et septembre 2011 auprès des établissements publics de santé et des établissements privés d'intérêt collectif.

Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Maladies Infectieuses. Saint-Maurice. FRA
Analyse des données d4hospitalisation en France à partir du PMSI pendant la période pandémique 2009/2010.
BONMARIN (I.), LEVY-BRUHL (D.)
c, En ligne
Saint-Maurice : InVS, 2012/01
http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2012/Analyse-des-donnees-d-hospitalisation-en-France-a-partir-du-PMSI-pendant-la-periode-pandemique-2009-2010
Afin d'estimer le poids de la pandémie A(H1N1)2009 sur les séjours hospitaliers en France métropolitaine et dans les territoires ultramarins et d'étudier l'intérêt des données du système d'information hospitalier (PMSI) dans la surveillance de la grippe, nous avons comparé les données du PMSI concernant les séjours associés à la grippe et aux pneumopathies de 2009-2010 avec les données historiques, disponibles depuis janvier 2007. En métropole, le nombre de séjours pour grippe a été multiplié par cinq pendant la pandémie alors que les séjours en réanimation ou unités de soins intensifs (USI) l'ont été par un facteur 10 avec, pendant la pandémie, 14 680 séjours à l'hôpital dont 1 748 en réanimation ou USI. De même, les séjours pour grippe avec un syndrome de détresse respiratoire aiguë, ceux concernant des femmes enceintes et ceux ayant conduit à un décès ont été beaucoup plus élevés pendant la pandémie. L'âge des patients a été en moyenne de 5 à 10 ans inférieur à celui observé pendant les épidémies saisonnières, que ce soit pour les séjours en réanimation ou pour 'ensemble des séjours. Les durées de séjours ont, par contre, été similaires. Le pic d'admission est survenu en décembre 2009. Dans les territoires ultramarins, les indicateurs des séjours pour grippe ont évolué de façon comparable à ceux de la métropole. Les pics d'activité se sont échelonnés dans le temps et sont survenus en août pour l'île de la Réunion, en septembre en Guyane et Martinique et en octobre en Guadeloupe. Les données du PMSI ont confirmé une augmentation marquée du nombre d'hospitalisations et une gravité plus importante de la grippe pandémique comparée aux épidémies de grippe saisonnière survenues entre 2007 et 2009. L'outil est exhaustif mais manque de réactivité, même si pendant la pandémie, les données étaient fournies à l'InVS dans les deux mois suivant la sortie du patient. Il vient en complément des autres dispositifs et permet ainsi de consolider leurs analyses.

Pour une meilleure utilisation des bases de données administratives et médico-administratives nationales pour la santé publique et la recherche.
En ligne
Paris : HCSP, 2012
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120309_bddadmination.pdf
La France dispose de bases de données médico-sociales et économiques nationales centralisées, constituées et gérées par des organismes publics, couvrant de façon exhaustive et permanente l'ensemble de la population dans divers domaines stratégiques pour la santé publique et la recherche : recours aux soins, hospitalisation, handicaps, prestations et situation professionnelle, sociale et économique. De plus, un identifiant individuel unique (le NIR : Numéro d'identification au répertoire) est actuellement utilisé par pratiquement toutes les bases de données nationales. Malgré certaines limites en termes de couverture, de qualité et de validité des données, ces bases de
données, concernant plus de 60 millions de personnes, constituent un patrimoine considérable, vraisemblablement sans équivalent au monde. Cependant, l'utilisation à des fins de recherche et de surveillance de ces bases de données nationales se heurte actuellement à des obstacles divers, dont les plus importants sont de nature juridique et opérationnelle. En réponse à une saisine de la Direction générale de la santé (DGS), ce document fait le point sur les principales bases existantes, expose les difficultés pour leur utilisation et présente de façon détaillée une série de propositions pour les surmonter.

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA
Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile.
En ligne
Paris : Ministère chargé de la Santé, 2012/04
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sts_20120007_0001_p000.pdf
Ce guide, applicable à partir du 1er mars 2012, est l'annexe de l'arrêté du 20 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d?informations issues de ce traitement (arrêté « PMSI-HAD »). Il annule et remplace la version précédente (Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile, Bulletin officiel spécial n° 2011/7 bis).

Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris. FRA
Pour une meilleure utilisation des bases de données administratives et médico-administratives nationales pour la santé publique et la recherche.
Paris : HCSP
2012
Pages : 56p.
La France dispose de bases de données médico-sociales et économiques nationales centralisées, constituées et gérées par des organismes publics, couvrant de façon exhaustive et permanente l'ensemble de la population dans divers domaines stratégiques pour la santé publique et la recherche : recours aux soins, hospitalisation, handicaps, prestations et situation professionnelle, sociale et économique. De plus, un identifiant individuel unique (le NIR : Numéro d'identification au répertoire) est actuellement utilisé par pratiquement toutes les bases de données nationales. Malgré certaines limites en termes de couverture, de qualité et de validité des données, ces bases de données, concernant plus de 60 millions de personnes, constituent un patrimoine considérable, vraisemblablement sans équivalent au monde. Cependant, l'utilisation à des fins de recherche et de surveillance de ces bases de données nationales se heurte actuellement à des obstacles divers, dont les plus importants sont de nature juridique et opérationnelle. En réponse à une saisine de la

Direction générale de la santé (DGS), ce document fait le point sur les principales bases existantes, expose les difficultés pour leur utilisation et présente de façon détaillée une série de propositions pour les surmonter.
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120309_bddadmination.pdf

Institut des Données de Santé. (I.D.S.). Paris. FRA
Rapport 2011 : progrès et consolidation.
Paris : Institut des données de santé
2011
Pages : 98p.
Ce rapport présente l'activité 2011 de l'Institut des données de santé (IDS) et porte le sous-titre "Progrès et consolidation". L'instance installée en 2007 a pour mission d'assurer la cohérence et de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie, et de faciliter la mise à disposition des données issues des systèmes d'information de ses membres (État, assurance maladie obligatoire et complémentaire, CISS, établissements publics et privé, CNSA et l'UNPS). Christian Babusiaux, son président, note que l'année 2011 a été marquée par des étapes importantes dans plusieurs domaines. Pour améliorer la connaissance que peuvent avoir les acteurs de la santé et de la protection sociale, un service d'aide à la décision a été ouvert. Il compte une quinzaine de tableaux de bord permettant de suivre des problèmes clefs comme le reste à charge pour les patients ou les transferts financiers de l'hôpital vers la ville. La nouvelle base de données, le Système National d'Informations Hospitalières (SNATIH). a été largement ouverte depuis février 2011 à tous les acteurs, donnant accès aux données essentielles sur le financement et l'activité de l'ensemble des établissements de soins. Un nombre croissant d'organismes de recherches accèdent au SNIIRAM et peuvent désormais obtenir des extractions de données de cette base. Autre fait marquant : la signature d'une charte d'engagements entre les assureurs maladie obligatoires et complémentaires pour le partage et la mise en commun de données issues de leur système d'information. La loi sur la sécurité sanitaire des produits de santé du 29 décembre 2011 prévoit, dans son article 22, la création d'un GIP Etudes de santé. Il permettra à l'ANSM (qui remplace l'Afssaps), à la HAS et à l'InVS d'avoir accès aux données du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie, notamment en vue de réaliser des études de vigilance et d'épidémiologie impliquant des produits de santé.
http://www.institut-des-donnees-de-sante.fr/telechargements/RA_2011.pdf

KHENNOUF (M.), RUOL (V.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Evaluation du développement de l'offre en matière de systèmes d'information hospitaliers et d'analyse stratégique du positionnement des filières publiques du SIH.
Rapport Igas ; RM2011-029P
Paris : IGAS
2011/03
Pages : 65p.
Par lettre du 20 mai 2010, la ministre de la santé et des sports a saisi le chef de l'IGAS d'une mission portant sur « l'évaluation du développement de l'offre en matière de système d'information hospitalier (SIH) et sur l'analyse stratégique du positionnement des opérateurs publics en SIH ». Cette mission s'inscrit dans le cadre de la mise en place d'un comité de pilotage stratégique des SIH, chargé d'élaborer un programme d'action à moyen terme en faveur du développement des systèmes d'information des établissements de santé (résumé d'auteur).
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000170/0000.pdf

FERRAUD-CIANDET (N.)
Droit de la télésanté et de la télémédecine : à jour du décret du 19 décembre sur la télémédecine.
Collection Droit professionnel.

Paris : Editions Heures de France
2011
Pages : 158p.
Les applications de télésanté s'étendent chaque jour et incluent notamment : la gestion des données de santé, la prescription en ligne, la télémédecine, la téléassistance, la téléchirurgie. Vous trouverez dans cet ouvrage des conseils qui vous permettront de passer des intentions aux actes et de développer ainsi un système de santé basé sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). Avec l'appui du gouvernement, l'infrastructure des données de santé, le soutien de l'Agence des systèmes d'information de santé (ASIP Santé) et le lancement d'appels à projets dans le cadre du grand emprunt, la télésanté émerge rapidement comme l'un des secteurs les plus dynamiques de l'industrie des soins de santé. Cette industrie fortement réglementée, de plus en plus dépendante des NTIC, confronte les professionnels à des questions juridiques nouvelles. Centré sur la protection des applications de télésanté et la responsabilité médicale, ce livre s'adresse à la fois aux industriels du secteur et aux professionnels de santé. Les premiers y trouveront des orientations concernant la conception et l'exploitation des produits et services de télésanté. Les seconds percevront comment la télésanté s'inscrit dans leur pratique, qu'elle soit libérale, salariée ou au sein du service public hospitalier, et les responsabilités encourues (4e de couverture).
http://www.lgdj.fr/guides-pratiques/2335328/droit-telesante-telemedecine?_IDPrv=ID00022

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé. (ASIP SANTE). Paris. FRA
Guide pratique du projet DMP en établissement de santé et plan projet associé
Paris : ASIP Santé
2011
Pages : 81p., ill.
Le Dossier Médical Personnel (DMP) doit aider à améliorer la coordination des soins grâce à une meilleure circulation de l'information médicale entre les professionnels de santé de l'hôpital et de la ville. Il existe plusieurs façons de mettre en oeuvre ce projet dans les établissements de santé. Ce guide est destiné à accompagner les chefs de projet DMP dans les établissements et les maîtrises d'ouvrage régionales. C'est un document pratique dont les préconisations opérationnelles reposent sur les retours d'expériences des établissements et maîtrises d'ouvrage régionales dans les régions pilotes, ainsi que sur un travail concerté avec les responsables de systèmes d'information en établissements et plus globalement avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), l'Agence Nationale d'appui à la performance (ANAP), les Fédérations Hospitalières et quelques éditeurs et personnes qualifiées. Chaque type d'établissement, quels que soient son statut, sa taille, son niveau de connaissance du DMP et sa situation d'informatisation, y trouvera des éléments permettant de définir sa trajectoire de mise en oeuvre du DMP.
http://esante.gouv.fr/actualites/guide-pratique-du-projet-dmp-en-etablissement-de-sante-et-plan-projet-associe

Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Sociaux. (A.N.A.P.). Paris. FRA
Création de valeur par les technologies de l'information et de la communication pour les structures de santé.
Paris : ANAP
2010
Pages : 24p.
Ce document est une synthèse des connaissances sur l'analyse économique des impacts des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le domaine de la santé. Elle montre, qu'au-delà de la performance économique des entreprises, les TIC ont bien un impact positif dans le domaine de la santé. Mais bien que la plupart des différentes études démontrent l'existence de gains qualitatifs et d'efficience économique, des points de

divergences existent et de fortes conditions entourent la création de valeur par les TIC en santé. En effet, lors de stratégies d'investissement en TIC, la dimension organisationnelle, la répartition des gains entre les différents bénéficiaires et la gestion du temps sont des éléments déterminants pour créer de la valeur. Cette synthèse permet donc à partir de connaissances académiques de partager un langage commun, de mieux comprendre l'impact des TIC en santé et surtout de définir un certain nombre de thématiques nécessaires aux établissements de santé pour créer de la valeur à partir de leur système d'information.
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/creation_de_valeur_par_les_TIC.pdf

Communication & santé : enjeux contemporains.
Santé et sciences sociales.
Villeneuve d'Asq : Presses universitaires du Septentrion
2010
Pages : 275p.
La communication est au cœur de la santé contemporaine depuis les politiques publiques jusqu'à la relation patient –?soignant, derrière la médiatisation de notre système de santé et ses évolutions, dans la rencontre de publics hétérogènes par des professionnels multiples. L'interdisciplinarité est désormais le maître mot et la communication, le carrefour des questions émergentes du monde de la santé. Considérer chacun dans son vécu de la maladie, tracer l'évolution des conceptions et des modèles de la santé, développer le travail en réseau pour une santé globalisée, partager l'information et les connaissances médicales avec le plus grand nombre? tels sont quelques-uns des enjeux abordés dans cet ouvrage. En dialogue avec les professionnels et avec la société civile, une trentaine de chercheurs développent ici leurs analyses des réseaux de santé, du discours des médias, de l'usage des TIC (technologies de l'information et de la communication) et des lieux de soin. Les étudiants et enseignants en Sciences de l'Information et de la Communication seront directement interpellés par ces analyses. Par la variété des travaux rassemblés, cet ouvrage est une contribution inédite qui séduira également tout lecteur universitaire intéressé aux apports des sciences humaines et des sciences sociales en santé. Enfin, les cadres intermédiaires et supérieurs du monde de la santé y trouveront également des perspectives (4e de couverture).
http://www.histoiredesmedias.com/Communication-et-sante-Enjeux.html

Syntec Informatique. Paris. FRA
Livre blanc : l'hôpital numérique à l'heure de l'ouverture : des SIH vers un système d'information et de communication en santé.
Paris : Syntec
2010
Pages : 72p.
Syntec informatique, porte-parole de l'industrie des logiciels et services, a profité du salon pour présenter son livre blanc : L'Hopital Numérique à l'heure de l'ouverture : Parcours patient, pratiques médicales, lien avec la médecine de ville, réseaux de soins, collectivités, professionnels de santé, fournisseurs... L'hôpital se transforme et nécessite d'être accompagné dans sa transformation, notamment au niveau de la fluidification des informations du suivi des patients. L'ouvrage propose un certain nombre de pistes de réflexion afin d'intégrer la question des nouveaux outils technologiques dans cette transformation du monde de la santé.
http://www.syntec-informatique.fr/actualites/liste-des-actualites/publication-du-livre-blanc-sante-de-syntec-informatique

GAGNEUX (M.)
Refonder la gouvernance de la politique d'informatisation du système de santé - Douze propositions pour renforcer la cohérence et l'efficacité de l'action publique dans le domaine des systèmes d'information de santé.
Paris : Ministère de la santé

2009/05/03
Pages : 38p.
Les difficultés de mise en oeuvre du dossier médical personnel ont contribué à mettre en évidence les faiblesses de la gouvernance du système d'information de santé : réticences psychologiques et culturelles chez certains professionnels de santé, complexité d'organisation du système de santé et rigidités de sa gouvernance ont été des freins à la pleine utilisation des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé. Tel est le constat du présent rapport qui présente douze propositions visant à poser un nouveau « cadre de gouvernance et de régulation », compte tenu des réformes structurelles en préparation ou mises en oeuvre (création des agences régionales de santé, réforme de la gouvernance hospitalière, mise en place de la tarification à l'activité à l'hôpital, plan d'investissement "hôpital 2012", programme de relance du DMP et des systèmes d'informations partagés de santé...).
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000345/0000.pdf

Gie Sesam-Vitale. Le Mans. FRA
Gie Sesam-vitale. Rapport annuel 2008.
Le Mans : Gie Sesam-vitale
2009
Pages : 36p.
Le Gie Sesam-vitale consolide son métier d'opérateur d'infrastructures mutualisées dans le champ vaste des services de l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire à destination des professionnels de santé. Ce rapport d'activité présente les chiffres-clés 2008, l'infrastructure, la carte vitale 2, l'extension du bouquet de services des complémentaires santé, l'offre de services aux établissements hospitaliers et cliniques, le support aux utilisateurs de Sesam-vitale, la collaboration avec les partenaires européens...
http://www.sesam-vitale.fr/gie/pdf/GIESESAMVITALE_RapportAnnuel2008.pdf

SAICHE (D.)
Université Louis Pasteur. Faculté de Médecine. Strasbourg. FRA
Dossier médical personnel (DMP) en phase d'expérimentation nationale : résultats obtenus en Alsace en secteur libéral et hospitalier.
Thèse de doctorat en médecine.
Strasbourg : Université Louis Pasteur
2008
Pages : 204p., tabl.
Cote Irdes : B6487
Le Dossier Médical Personnel (DMP) est un dossier médical informatisé, accessible par Internet et stocké par un hébergeur agréé et sécurisé, dont le seul propriétaire est le patient. Le DMP s'inscrit dans la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004, ce nouvel outil devant contribuer à l'amélioration de la qualité de soins et à la maîtrise des dépenses de santé. Il s'agit d'un projet ambitieux et très complexe mettant en scène de nombreux intervenants : les représentants du gouvernement, le système de soins libéral, le système de soins hospitalier, les industriels et les utilisateurs (les patients). Face à la complexité et au caractère innovant de ce dossier, il paraissait indispensable de lancer une phase d'expérimentation avant d'envisager sa généralisation, initialement prévue au 1er juillet 2007. L'expérimentation s'est orientée vers le secteur de santé libéral et le secteur de santé hospitalier. Le Groupement d'Intérêt Public du DMP (GIP-DMP) a été créé en avril 2005 afin de manager cette première phase. Ainsi 17 sites pilotes répartis au sein de 13 régions françaises ont été retenus par le GIP-DMP en février 2006. Chaque site pilote est rattaché à un hébergeur parmi les 6 consortiums sélectionnés en octobre 2005 puis agréés, la région Alsace ayant choisi le groupement Thalès- Cegedim. L'expérimentation a officiellement été lancée au 1er juin 2006, pour se bousculer à l'automne, et être clôturée le 31 décembre de cette même année. En Alsace, un premier groupe de 72 médecins libéraux, dont 62 médecins généralistes, a ouvert 881 DMP. Seuls 50 % d'entre eux (36) ont utilisé des DMP :

1294 documents ont été soumis et 445 documents ont été consultés, l'ensemble de ces documents correspond dans près de la moitié des cas à des comptes-rendus de consultation. Outre quelques dysfonctionnements d'ordre technique (difficultés d'installation et d'utilisation des interfaces DMP, problèmes d'accès aux dossiers), il a été relevé une lenteur et des erreurs d'ordre administratif lors de la procédure d'ouverture des dossiers (problèmes liés aux AQS); un bon nombre de médecins actifs souhaiteraient par ailleurs une meilleure ergonomie du DMP. Un deuxième groupe de médecins hospitaliers du CHU de Strasbourg et du CH de Saverne, dont le nombre n'a pu être défini, a ouvert 1600 DMP. Mais seuls 9 documents ont été consulté et aucun document n'a été soumis aux DMP. La non utilisation hospitalière des DMP est principalement liée à des défauts techniques et à une période trop restreinte de 'expérimentation. A l'issue de cette phase expérimentale, il semble évident que le DMP n'est pas opérationnel, et qu'il faille se donner le temps nécessaire à l'amélioration et à la mise au point de cet outil, afin d'espérer sa généralisation prochaine à tous les Français.
http://www.apima.org/dmp/0.THESE_DMP/THESE_DMP_WEB.pdf

JEGOU (J.J)
Sénat. Commission des Finances - du Contrôle Budgétaire et des Comptes Economiques de la Nation. Paris. FRA
Rapport d'information sur le suivi du référé de la Cour des Comptes concernant l'intéropérabilité des systèmes d'information de santé.
Rapport d'information ; n° 35
Paris : Sénat
2007
Pages : 327p., ann.
Le présent rapport présente, tout d'abord, les observations de la Commission des finances sur le système actuel d'information de santé français. Puis, il comporte trois annexes : - le référé n° 46485 de la Cour des comptes sur l'interopérabilité des systèmes d'information en santé, accompagné de la lettre d'envoi du Premier président de la Cour des comptes au ministre de la santé et des solidarités ; - la réponse du directeur de cabinet du ministre de la santé et des solidarités au référé précité ; - enfin, le chapitre X du rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, paru en septembre 2007, intitulé « le partage des données entre les systèmes d'information de santé ». Les réponses adressées aux observations de la Cour des comptes par les ministres, les administrations et les organismes concernés ne sont pas reproduites dans le cadre du présent rapport. Elles sont disponibles sur le site internet de la Cour des comptes à l'adresse suivante : http://www.ccomptes.fr/CC/documents/RELFSS/Reponses-min-ad-org.pdf
http://www.senat.fr/rap/r07-035/r07-0351.pdf

HAGEGE (C.)
Gouverner le système d'information hospitalier ou l'éloge du tailleur du souverain.
Bordeaux : Les Etudes hospitalières
2007
Pages : 246p.
Les différentes dispositions de la réforme hospitalière 2007 ont propulsé le système d'information au coeur du management de la nouvelle gouvernance. À ce jour, aucun ouvrage n'aborde complètement le sujet dans sa double approche stratégique et opérationnelle. Cet ouvrage, articulé en trois parties, tente une première avancée en référence à ce qui se pratique outre-Atlantique et dans d'autres domaines d'activité. Il s'agit donc d'abord d'identifier les grandes mesures de la réforme hospitalière, puis de décrire le système d'information dans une double dimension : celle de la science de l'ingénieur et celle de l'intégration dans un fonctionnement complexe et transversal à l'hôpital. Enfin, la troisième partie aborde le volet opérationnel en indiquant les diverses pratiques et recommandations professionnelles. Elle fixe encore les outils et des indicateurs internes à

mettre en place. Puisse cette démarche aboutir à démontrer de la participation du système d'information au processus de création de valeur pour l'hôpital.

LAFITTE (M.)
Les systèmes d'information en santé.
Balises.
Paris : Les Editions de santé
2007
Pages : 302p.
Cet ouvrage est un plaidoyer en faveur du rôle majeur et structurant des technologie de l'information et de la communication dans la mise en place d'un nouveau paradigme organnisationnel, en voie d'émergence, celui de l'exercice médical en réseau.

GRATIEUX (L.), OLLIVIER (R.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.).Paris. FRA
Audit de l'organisation et du pilotage des organismes oeuvrant à l'informatisation du système de santé.
Rapport IGAS ; 2006 113
Paris : Igas
2006/11
Pages : 121p.
La modernisation de la gestion du système de santé implique, selon le présent rapport, la mise en place de dispositifs d'échanges de données informatisées entre les acteurs, professionnels et établissements de santé, usagers et organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Pour mettre en place ces dispositifs, la multiplicité des acteurs concernés et la technicité du domaine ont conduit à créer des structures spécialisées constituées sous forme de groupements d'intérêt public (GIP) ou d'intérêt économique (GIE). Ce rapport présente l'organisation de la mise en oeuvre des systèmes d'information dans le domaine de la santé et de l'assurance maladie. Il constate que l'organisation structurée verticalement par projet est susceptible de donner lieu à des redondances avec l'émergence de nouveaux systèmes d'information. Il propose d'engager une redistribution des fonctions des organismes fondées sur la reconnaissance de leur "coeur de métier". Il expose ensuite les modalités de pilotage des organismes et des projets et propose de clarifier l'attribution des responsabilités en élaborant une stratégie partagée et en redéfinissant les moyens et l'organisation. Est jointe au rapport une note complémentaire sur les perspectives de fusion ou de regroupement d'organismes oeuvrant à l'informatisation du système de santé.
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000669/0000.pdf

JEGOU (J.J.)
Sénat. Commission des Finances - du Contrôle Budgétaire et des Comptes Economiques de la Nation. Paris. FRA
L'informatisation dans le secteur de la santé.
Paris : Sénat
2005
Pages : 65p.
Ce rapport présente, la réalité contrastée de l'informatisation du secteur de la santé en France et analyse ses faiblesses (défaillance du pilotage global de la politique d'informatisation, retard des établissements publics de santé dans ce domaine, cloisonnement des systèmes d'information et inadéquation de la formation des professionnels de santé). Ce rapport insiste également sur les difficultés de mise en place du dossier médical personnel. Dix propositions sont formulées par le rapporteur.
http://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-0621.pdf

FAROUDJA (J.M.), CARTON (M.), BERNARD-CATINAT (M.), LUCAS (J.), RAULT (J.F.)
Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.). Paris. FRA

Questions sur l'informatisation des dossiers médicaux, le partage et l'hébergement des données.
Paris : CNOM
2005/06
Pages : 66p.
Dans une première partie, ce rapport aborde quelques questions élémentaires comme les avantages et les inconvénients de l'informatisation ou les problèmes posés par la multiplication des dossiers (papier, électroniques, personnels). La suite du rapport est centrée sur le dossier médical personnel (DMP) : le DMP et la loi ; éthique et déontologie du DMP ; questions pratiques et principes incontournables. Dans sa conclusion, le rapporteur insiste sur la distinction que le praticien doit faire entre le DMP et son dossier professionnel (qui peut " rester le lieu des confidences intimes " et être organisé " selon sa méthode, ses habitudes et ses convictions ").
http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/dmp.pdf-
http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/dmpannexe.pdf

Syndicat National des Industries d'Information de Santé. (S.N.I.I.S.). Paris La Défense. FRA, Les Entreprises des Systèmes d'Information Sanitaires et Sociaux. (L.E.S.I.S.S.). Neuilly sur Seine. FRA
Le partage d'information au chevet de l'hôpital. Livre blanc. Etat de l'offre en matière de Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH) disponibles en France et préconisations par les industriels privés.
Neuilly sur Seine : Lesiss
2005
Pages : 75p.
Le système de santé en France est aujourd'hui en péril. Les solutions sont connues et - comme c'est la règle dans la plupart des pays avancés - se conjuguent avec la mise en œuvre urgente d'un partage d'information généralisé garant d'une meilleure coordination des soins, d'une amélioration des pratiques médicales, et subsidiairement d'une gestion avisée de ressources de la collectivité. La puissance publique a désormais pris pleinement conscience du rôle et de l'importance d'outils informatiques contributifs à l'amélioration de notre dispositif sanitaire, et a légiféré en conséquence. Les établissements de la sphère hospitalière publique doivent être au cœur du partage de données médicales, mais leurs systèmes d'information sont aujourd'hui dramatiquement inadaptés. Dans l'esprit d'apporter à la puissance publique l'expertise des industries spécialisées en vue de faciliter ses arbitrages, le SNIIS, pôle " hospitalier " de la fédération des industries d'information de santé, a rédigé ce Livre blanc sur les systèmes d'information hospitaliers (SIH), présenté lors d'une conférence de presse organisée le 6 octobre 2005. Ce document ne se contente pas d'alerter les décideurs publics sur la situation préoccupante des établissements publics, et formule des propositions concrètes (résumé d'auteur).
http://www.lesiss.org/publications/wp200510/Attachment00072874/LivreBlanc.pdf

CECCHI-TENERINI (R.), LAFFON (P.), LAROQUE (M.)
Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Evaluation du système d'information des professionnels de santé.
Paris : IGAS, Paris : La documentation française
2002/11
Pages : 68p., ann.
Les systèmes d'information se sont fortement développés au cours des vingt dernières années dans le monde de la santé. Le rapport dresse dans un premier temps un bilan du système en place, de ses lacunes par rapport aux objectifs fixés, des obstacles qu'il a rencontrés. Puis dans un deuxième temps il émet des propositions visant à permettre de mieux définir le rôle de l'Etat et l'organisation du ministère de la santé, à développer les instruments au service de la politique de santé et à poursuivre le développement des principaux outils actuels du système d'information. NOTE : Les fichiers compatibles avec le

matériel de synthèse vocale utilisé par le public malvoyant pourront être adressés sur simple demande à la section des rapports de l'IGAS à l'adresse internet suivante : igas-section-rapports@sante.gouv.fr
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000449/0000.pdf

Ecole Nationale de la Santé Publique. (E.N.S.P.). Groupe Image. Saint-Maurice. FRA
Information médicale, systèmes d'information et régulation du système de soins : rapport scientifique à trois ans - 1995-1997.
Contrat de recherche INSERM CRI ; n° 951001.
Saint-Maurice : Groupe Image
1998
Pages : 31p., ann.
Ce document présente un bilan des travaux du Groupe Image, titulaire du CRI " Information médicale, systèmes d'information et régulation du système de soins " dans le cadre d'un contrat INSERM pour la période 1995-1997. Le Groupe Image est l'un des trois centres de recherche de l'Ecole Nationale de la Santé Publique et est membre de l'IFRR Ile-de-France " Epidémiologie, sciences sociales et santé publique ". Ses missions sont les suivantes : mission de recherche, mission d'expérimentation en matière d'organisation des soins, mission de formation, tant universitaire que professionnelle, enfin, mission d'expertise auprès des pouvoirs publics et des entreprises.

COUTY (E.) / préf.
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.). Paris
L'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé - approche par l'analyse de la valeur : quels projets pour quel objectifs ?
Paris : DHOS
2002
Pages : 128p., 7 ann., 3 fig.
L'informatisation du circuit du médicament constitue une voie privilégiée pour l'amélioration des pratiques, à condition toutefois que cette démarche ne soit pas limitée à une simple automatisation de procédures, sans une indispensable réflexion sur les organisations à mettre en place. C'est avec cette préoccupation que la DHOS a lancé la réalisation d'une étude sur l'informatisation du circuit du médicament, avec l'objectif de mesurer, à l'aide de la méthode de " l'analyse de la valeur " fréquemment utilisée dans l'industrie, les retours qualitatifs et quantitatifs que chacun des acteurs concernés peut attendre de l'informatisation du circuit du médicament, que celle-ci soit totale ou partielle. Ce rapport s'attache à mettre en évidence les principaux enjeux de cette démarche, ainsi que les gains attendus valorisés sur la base d'exemples concrets, tirés du terrain. Il constitue ainsi un apport méthodologique original sur l'approche du retour d'investissement d'un projet d'informatisation, dont la principale finalité est cependant d'assurer la sécurité des malades (extrait du résumé d'auteur). Ce document est disponible sur internet à la page :
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/informat/intro.htm
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/informat/intro.htm

BEUSCART (R.)
Premier Ministre. Paris. FRA
Rapport sur les enjeux de la société de l'information dans le domaine de la santé.
Paris : PAGSI (http://www.mtic.pm.gouv.fr/dossiers/documents/schema/sante.doc
2000
Vol : N° : Numéro spécial :
Pages : (50p.)
L'objectif de ce rapport est de dresser un état des lieux de la société de l'information dans le domaine de la santé, et d'analyser plus particulièrement le développement des NTIC (nouvelles technologies de l'information et de la communication). Il examine quatre

dimensions essentielles : la télémédecine, qui permet à plusieurs professionnels de santé de communiquer pour favoriser la prise en charge d'un patient donné dans le cadre d'une démarche diagnostique ou thérapeutique ; les filières et réseaux de professionnels de santé, qui facilitent la communication d'information entre professionnels et malades ; la e-santé, qui donne accès au grand public et aux patients au monde de la santé grâce à internet ; la formation médicale continue grâce aux NTIC. Il termine sur des recommandations.
http://www.internet.gouv.fr

DUSSERRE (L.), DUCROT (H.), ALLAERT (F.A.)
L'information médicale : l'ordinateur et la loi.
Cachan : Editions Médicales Internationales
1999
Pages : 256p., index
Cet ouvrage a été rédigé pour faire face aux nouveaux impératifs techniques, juridiques et déontologiques qui s'imposent lors de la collecte et du traitement automatisés de l'information médicale. Il dresse un panorama complet : des fondements de la protection des informations médicales ; des principales applications à la médecine des nouveaux moyens de traitement de l'information : dossier médical, carte à microprocésseur, recherche épidémiologique, aide à la décision, télémédecine... ; de la réglementation, très mouvante en France comme en Europe, qui s'y applique.

ENGEL (F.), KLETZ (F.), MOISDON (J.C.), TONNEAU (D.)
La démarche gestionnaire à l'hôpital - le PMSI. 2 : la régulation du système hospitalier.
Paris :Seli Arslam
1999
Pages : 304p.
Cet ouvrage pose la question de la régulation du système hospitalier et des obstacles qu`elle rencontre, depuis des décennies, liés notamment à un déficit d'instrumentation. Des évolutions sont toutefois apparues à partir des années 1980. Les auteurs s'attachent plus particulièrement à analyser l'émergence et le développement d'une nouvelle instrumentation de gestion, avec la mise en place du budget global, puis l'élaboration du PMSI (Programme de médicalisation du système d'information), visant à enrichir les descriptions de la production hospitalière en les rapprochant de l'activité médicale elle-même. Les auteurs jettent un regard sur d'autres modes de régulation étrangers, et défendent l'idée que l'efficacité ultime du dispositif français repose sur une philosophie et une pratique encore peu répandues au sein de l'administration de la santé, celles du pilotage des transformations organisationnelles et sociales.

MOISDON (J.C.), TONNEAU (D.)
La démarche gestionnaire à l'hôpital. 1 : recherches sur la gestion interne.
Paris :Seli Arslam
1999
Pages : 254p.
Depuis une trentaine d'années, une instrumentation gestionnaire foisonnante s'est développée dans l'hôpital public. Cependant, les diverses tentatives d'intégration de la gestion à l'activité de soins, tout en montrant leurs potentialités, ont en général abouti à des résultats peu satisfaisants, parfois contraires aux objectifs affichés. En témoignent les quatre recherches-interventions décrites dans ce livre : gestion des services d'imagerie, gestion des laboratoires, maîtrise des flux des urgences, organisation et conditions de travail dans les services cliniques. Les problèmes rencontrés ne viennent pas d'une incompatibilité majeure entre les missions de l'hôpital et la démarche gestionnaire, mais plus simplement de questions techniques et institutionnelles.

NOURY (J.F.)
La gestion médicalisée des établissements de santé : le PMSI et l'information médicale.

Paris : Masson
2000
Pages : 233p., tabl., index
Dans le cadre de la réforme hospitalière, le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) est devenu le premier instrument de gestion des établissements de santé publics et privés en soins de courte durée. Il s'étend aux établissements de suite et de réadaptation. Son application à la psychiatrie et aux soins de longue durée est en cours d'étude. Les médecins se trouvent directement impliqués dans ce nouveau mode de management. Clair et didactique, cet ouvrage leur précise donc le rôle qu'ils ont à jouer dans la gestion des établissements dans lesquels ils exercent. S'appuyant sur des exemples concrets et des simulations, il décrit tous les aspects du PMSI : le recueil des informations, leur traitement et leur utilisation, le respect des obligations liées au secret médical, l'incidence sur le système d'information, l'allocation des moyens...

COCA (E.)
L'ISA et le PMSI : comment mieux gérer les établissements hospitaliers.
Paris : Berger-Levrault
1998
Pages : 254p., tabl.
Cote Irdes : A2155
Achever la réforme du financement des établissements hospitaliers signifie que le PMSI et l'ISA servent non seulement à redéployer les moyens entre les établissements mais aussi à organiser le contrôle de gestion interne de chacun d'eux. Or jusqu'à présent, l'ISA et le PMSI sont surtout utilisés comme outils externes de redéploiement budgétaires interétablissements. Cet ouvrage propose donc une comptabilité analytique médicalisée fondée principalement sur l'ISA et crée des tableaux de bord calés sur les pratiques constatées en moyenne nationale pour une même activité hospitalière.

KERVASDOUE (J. de)
Sanesco. Paris. FRA
La puce et le stéthoscope : information et informatique dans le secteur de la santé : l'insuccès est-il dans ce domaine une fatalité ?
Boulogne-Billancourt : Sanesco
1997/11
Pages : 87p., tabl., graph., ann.
Ce rapport est le résultat de la réflexion d'un groupe d'experts réunis à l'initiative de Jean de Kervasdoué et à la demande du ministère chargé de la santé sur les problèmes d'information et d'informatique dans le domaine de la santé en France. Il démontre tout d'abord que la pratique de la médecine ne plus se concevoir sans informatique et que l'informatisation peut contribuer à répondre aux attentes des Français et des professionnels de santé dans l'organisation du système de soins. Il explique en quoi l'informatisation des cabinets médicaux va modifier la pratique médicale et dresse un état des lieux de l'informatique médicale en France en ville et à l'hopital. Le rapport se termine sur des recommandations.

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction des Hôpitaux. (D.H.). Paris. FRA
Bilan de l'exécution du programme de médicalisation des système d'information - PMSI (synthèse 1995 et données détaillées 1996).
Paris : MIRE
1997/10
Pages : (100p.)
Après une présentation de la méthode du programme de médicalisation des systèmes d'information, ce document rassemble les principales données - agrégées - relatives aux années 1995 et 1996, pour quelques 500 établissements appartenant au secteur public d'hospitalisation français (480 établissements pour 1995, 516 pour 1996). Ces données se

présente sous forme de quatre tableaux (les trois premiers sous forme synthétique, le dernier détaillé par région et par établissement). Il comprend un glossaire de termes fort utile.

DEBOSCKER (Y.)
Le dossier médical dans les établissements de santé.
Manuels B.L. Santé ; 22.
Paris : Berger-Levrault
1997
Pages : 114p.
Pièce maîtresse du système d'information hospitalier, le dossier médical constitue un outil de travail indispensable au personnel médical et soignant pour assurer le suivi des patients. Le contenu du dossier, sa communication au malade et son archivage ont toujours soulevé des questions délicates, notamment au regard du secret médical. S'appuyant sur l'ensemble des dispositions en vigueur, cet ouvrage présente dans le détail les objectifs du dossier médical, ses composantes et ses modalités de conservation. Directement utile au quotidien, il fournit des nombreux conseils concrets et propose en annexe un modèle de dossier particulièrement complet.

GUBLER (C.), PENAUD (P.)
Mission d'audit de l'informatique hospitalière et d'évaluation de la politique publique en ce domaine.
Rapport ; 95012 B.
Paris : IGAS
1995/01
Pages : 60p.
Le présent rapport rend compte des investigations qui ont été menées dans le cadre de la mission d'audit de l'informatique hospitalière et d'évaluation de la politique publique dans ce domaine. Il présente une synthèse des constats effectués ainsi que l'évaluation de la politique publique et les recommandations qui sont formulées.

Conseil de l'Informatique Hospitalière et de Santé. (C.I.H.S.). Paris. FRA
Evaluation du SIDOCI (Système d'Information de Données Cliniques Intégrées).
Paris : CIHS
1994
Pages : 101p.
Ce premier fascicule de la collection "Evaluation du Conseil de l'Informatique Hospitalière et de Santé" concerne un système d'information hospitalier : le SIDOCI (Systèmes d'Information de Données Cliniques Intégrées), logiciel destiné à l'unité de soins, développé au Canada. Il rend compte de la deuxième évaluation de ce système sous plusieurs aspects : état d'avancement du produit avec souci d'une appréciation sur le terrain par les professionnels, fonctionnalité du produit aux plans organisationnel, technique, culturel, aspects industriels et commerciaux. Les points forts sont mis en relief ainsi que les atteintes, les évolutions et l'abord stratégique pour les hôpitaux français. L'expérience du Centre Hospitalier de Pontoise est évoquée de même que le point de vue potentiels d'utilisateurs.

DEGOULET (P.), FIESCHI (M.)
Université de Paris 6. Paris. FRA, Université d'Aix-Marseille 2. Marseille. FRA
Informatique médicale.
Paris : Masson
1994
Pages : 206p.
Face à la complexification croissante de la médecine, l'informatique médicale apparaît comme un élément intégrateur indispensable, qu'il s'agisse de la gestion du partage ou de la communication des données et connaissances médicales. Cet ouvrage présente à la fois la

méthodologie et les applications de cette technologie. Les outils matériels et logiciels du traitement de l'information médicale et l'information médicale elle-même (nature des données, raisonnement, langage) sont développés dans les premiers chapitres. Ensuite sont illustrés les différents domaines d'application : banques d'information et de connaissances, systèmes d'information hospitaliers, informatisation des dossiers médicaux, traitement des signaux et des images, aide à la décision et systèmes experts, informatisation du cabinet médical, enseignement assisté par ordinateur. Enfin sont abordés les problèmes de l'évaluation de l'activité et de la protection des données médicales (Résumé d'auteur).

CASH (R.), CRETIN (C.), DIXSAUT (G.), KERVASDOUE de (J.), STEPHAN (J.C.)
Gestion de l'image, réseaux d'image et autres perspectives offertes par l'informatique et la télématique en imagerie médicale. Rapport final.
Boulogne Billancourt : Sanesco
1993/07
Pages : 87p., tabl., graph., fig., ann.
L'objet de ce document est d'apporter des éléments de réflexion, basés sur les entretiens individuels ayant eu lieu entre les consultants de SANESCO et différents experts, et sur une recherche bibliographique. Afin de tenter une action pour le développement de l'informatisation en imagerie, les différents intervenants ont répondu à plusieurs ensembles de questions : Quelles sont les utilisations et les applications médicales ? ; Quels sont les obstacles ? ; Quels seront les impacts sur les structures et l'organisation hospitalières ? Quelles sont les différentes possibilités d'ouverture d'un marché ?

DUBOIS-LEFRERE (J.), COCA (E.)
Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : LE PMSI
Paris : Berger-Levrault
1992
Pages : 351 p.
L'objet de ce livre est d'abord de présenter, les différentes facettes du P.M.S.I. (Programme de Médicalisation du Système d'Information). Puis une fois la compréhension et le maniement des outils techniques acquis, l'auteur en explore les perspectives d'utilisation, les conclusions qui peuvent en être tirées : amortissements trop élevés, coûts démesurés, etc. (D'après le 4ème de couverture).

DEGOULET (P.), FIESCHI (M.)
Université de Paris 6. Paris. FRA, Université d'Aix-Marseille 2. Marseille. FRA
Traitement de l'information médicale : méthodes et applications hospitalières
Paris : Masson
1991
Pages : 295 p., graph.
Les technologies du traitement de l'information s'imposent à la pratique de la médecine moderne. Afin d'en bénéficier au mieux et d'assurer la cohérence et la pérennité des applications, il est indispensable de faire appel à différentes méthodes d'analyse, de conception, de développement et de mise en oeuvre des systèmes informatiques. Ce livre présente, dans ce contexte, les concepts de base nécessaires à la compréhension et à la réalisation des applications de l'informatique dans le domaine hospitalier. Il les illustre en décrivant des exemples d'utilisation dans le cadre des systèmes d'information hospitaliers, du dossier médical, des unités de soins, des laboratoires, des services d'imagerie, de l'aide à la décision et des banques de connaissances. La dernière partie de l'ouvrage est consacrée aux différents problèmes d'évaluation que pose l'utilisation des systèmes d'information médicaux.

Articles

Accompagner la révolution numérique : Former les professionnels et les patients.
DAHAN (Colette),BENZAKEN (Sylvia)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°544, 2015/03/01
[BDSP. Notice produite par EHESP 9ooR0xGl. Diffusion soumise à autorisation]. L'environnement numérique dans le domaine de la santé bouleverse les pratiques des professionnels. Cette révolution des outils, des modes de raisonnement et des modèles relationnels nécessite un accompagnement. En 2014, la communauté interhospitalière PACA-Est a organisé des formations sur la "e-santé" ouvert à un public large réunissant professionnels de santé hospitaliers ou libéraux, personnels hospitaliers administratifs ou techniques, patients, représentants d'usagers. Trois thèmes ont été abordés au cours de modules d'une demi-journée organisés au CHU de Nice : la e-santé dans la relation thérapeutique, la sécurité et la confidentialité des données numériques en santé, l'hôpital numérique dans le processus de certification dans les établissements de santé.

Big data et médecine hospitalière : un marché en plein boom, un défi pour la camp de l'émancipation.
TRON DE BOUCHONY (E.)
B7220
CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES), n°14, 2014/09
Prendre la mesure des enjeux des big data et de la télémédecine dans la médecine hospitalière, c'est dessiner les racines du monde de demain... et le potentiel d'asservissement du service public de santé aux entreprises privées. Cet artilce fait un point sur les enjeux pour le grand public et la réglementation en vigueur.

Dossier Territoires, systèmes d'information et e-santé.
VALLIN (Xavier),ALTUZARRA (Valérie),BERTINI (Cristina),et al.
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°557, 2014/03/01
[BDSP. Notice produite par EHESP sDG7R0xG. Diffusion soumise à autorisation]. Afin d'assurer une meilleure qualité et sécurité des soins, de nombreux projets dans le domaine des nouvelles technologies de l'information et de la communication se développent actuellement au niveau national ou local. Après avoir abordé de façon générale les enjeux et problématiques de ces projets, notamment pour favoriser l'échange d'information et passer d'un système d'information hospitalier à un système d'information de santé, ce dossier présente plusieurs réalisations en cours : la mise en place d'un dossier patient partagé au sein des communautés hospitalières de territoire Hôpital Nord-Ouest et Centre Manche, le projet IRIS bâti par le CHU de Bordeaux visant l'interconnexion de réseaux d'images entre plusieurs établissements aquitains, le projet MSSanté porté par l'ASIP visant à réunir toutes les messageries sécurisées et leurs utilisateurs au sein d'un même espace de confiance, le terminal multimédia déployé par le centre hospitalier de Calais dans l'objectif d'une meilleure information du patient, le dispositif de vidéo-assistance développé à la Rochelle pour sécuriser la préparation des chimiothérapies.

Programme Hôpital numérique : le nouveau schéma directeur des systèmes d'information hospitaliers ?
GIRAULT (Denis)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°526, 2013/05
In : Dossier. L'hôpital numérique.
[BDSP. Notice produite par EHESP kn8C8R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Dans les cours d'informatique médicale dispensés à l'hôpital Broussais par le Pr. Patrice Degoulet et

son équipe, des composants transversaux étaient préconisés pour remplacer les applicatifs verticaux. (Dans l'article, schéma datant de 2002 présentant une modélisation des composants d'authentification des utilisateurs, d'identification des patients, de prescription informatisée multimodale pour les médecins, de planification de ressources et d'agenda du patient, de pilotage médico-économique). En 2011, les concepteurs du programme Hôpital numérique (PHN) ont concrétisé les concepts de production hospitalière décrits par Patrice Degoulet ; les trois prérequis et les cinq domaines prioritaires les déclinent en trente-deux indicateurs mesurables et compréhensibles par la communauté hospitalière. Leur mode de calcul est clairement défini dans le "Guide des indicateurs" publié par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Hôpital numérique, un programme en marche.
MESSNER (Laetitia), JOLIVALDT (Frank)
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°550, 2013/01-02
In : Système d'information en santé.
[BDSP. Notice produite par EHESP AIHR0xjp. Diffusion soumise à autorisation]. Le programme Hôpital numérique, piloté par la Direction générale de l'offre des soins, a été lancé voici un peu plus d'un an. En novembre 2011, paraissaient la feuille de route et le guide des indicateurs en termes de prérequis et domaines fonctionnels prioritaires. Le point dans cet article sur l'état d'avancement des chantiers à partir des quatre axes stratégiques du programme (gouvernance, compétences, offre, financement) ainsi que sur les outils opérationnels mis à disposition des agences régionales de santé et des établissements de santé (guide, outils d'autodiagnostic.).

La question de l'accès aux données de santé anonymisées.
BARBUSIAUX (Christian)
C, P204
RESEAUX SANTE & TERRITOIRE, n°49, 2013/03
[BDSP. Notice produite par EHESP qE7R0xpl. Diffusion soumise à autorisation]. L'Institut des données de santé (IDS) a été installé en 2007. L'objectif de cet institut était de permettre que les principaux acteurs du système de soins puissent développer des systèmes de collecte de données et échanger ces données entre eux. Cet article fait le point sur les avancées de la France dans ce domaine, avec notamment le Sniiram (Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladies) qui devrait être ouvert en priorité aux agences sanitaires et aux organismes de recherche publique.

L'e-santé dans l'agenda de la Fédération européenne des hôpitaux (HOPE).
GAREL (Pascal)
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°550, 2013/01-02
In : Système d'information en santé.
[BDSP. Notice produite par EHESP 8sR0xrrE. Diffusion soumise à autorisation]. La Fédération européenne des hôpitaux et soins de santé (HOPE) participe activement depuis 2005 aux travaux e-santé de la Commission européenne, et plus particulièrement aux missions de sa direction générale, Connect. La Commission a dévoilé début décembre 2012 un nouveau plan d'actions.

Tendances et stratégies en systèmes d'information de santé.
HANSSKE (Arnaud)
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°550, 2013/01-02
In : Système d'information en santé.
[BDSP. Notice produite par EHESP R0xqBptr. Diffusion soumise à autorisation]. L'autre présente quelques axes et principes en matière de "e-mutation" en santé et revient sur les

stratégies et tendances observées à travers les thématiques et communications proposées par les salons internationaux du secteur des technologies et systèmes d'information en santé.

Le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) - processus de production des données, validité et sources d'erreurs dans le domaine de la morbidité maternelle sévère.
CHANTRY (A.), CENEUX-THARAUX (C.), BAL (G.), ZEITLIN (J.), QUANTIN (C.), BOUVIER-COLLE (M.H.)
C, P11
REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE, vol. 60 n°3, 2012/06
[BDSP. Notice produite par ORSRA nqAR0xBk. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : L'organisation des soins obstétricaux en France fait que les femmes rencontrent systématiquement le système hospitalier. Les données hospitalières nationales issues du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) constituent donc potentiellement une source intéressante d'information, notamment pour l'étude d'évènements rares tels que la morbidité maternelle sévère. Ces données couvrent un grand nombre d'individus mais leur qualité n'a pas été évaluée dans ce domaine. Notre objectif était d'étudier les circuits de production et la validité des données du PMSI relatives à la morbidité maternelle sévère. Matériel et méthodes : L'étude a été conduite dans quatre centres hospitaliers universitaires (Caen, Cochin, Grenoble, Lille). D'une part, l'organisation des étapes du circuit de l'information médicale - production, conditionnement, vérification et traitement - a été détaillée dans chaque centre grâce à l'utilisation d'une grille standardisée. D'autre part, l'étude de validation reposait sur la confrontation des évènements maternels morbides sévères identifiés dans le PMSI des années 2006-2007 avec les données issues des dossiers médicaux qui constituaient la référence. Les sensibilités et valeurs prédictives positives du PMSI ont été calculées. Résultats : L'étude des circuits de production des données du PMSI révèle des différences majeures d'organisation entre centres surtout concernant l'étape de vérification de l'information médicale. Dans les données hospitalières, les diagnostics (éclampsie et embolie pulmonaire) présentaient une forte proportion de faux-positifs (68 %). À l'inverse, les actes (quatre actes marqueurs d'hémorragie sévère) avaient moins de 1 % de faux-positifs, mais une sensibilité basse avec 37 % de faux-négatifs dont 95 % étaient des erreurs corrigibles. Concernant les suppléments de soins intensifs et de réanimation, tous les indicateurs de validité étaient élevés. Par ailleurs, les centres 1 et 2 montraient des données de meilleure qualité quels que soient les évènements. Conclusion : L'hétérogénéité des circuits de production des données du PMSI semble associée à une qualité variable de ces données. Les suppléments de réanimation et de soins intensifs, comme les actes après correction a posteriori peuvent être utilisés dans le PMSI. Pour les diagnostics, les données PMSI sont de meilleure qualité quand les centres possèdent conjointement une informatisation des dossiers et des étapes de vérification des informations médicales. (résumé d'auteur).

Classification et niveau d'informatisation des structures de santé.
HANSSKE (Arnaud)
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°545, 2012/03-04
In : Systèmes d'information en santé. Spécial HIT 2012.
[BDSP. Notice produite par EHESP HR0xBG9o. Diffusion soumise à autorisation]. Plusieurs modèles se sont développés afin de mesurer le niveau de maturité en matière d'informatisation des structures de santé. Au niveau des Etats-Unis, l'échelle EMRAM "Electronic Medical Record Adoption Model", en cours d'adaptation en Europe et en Asie, se décline en sept niveaux de capacités. Au niveau français, le programme "Hôpital numérique" conçoit des indicateurs de deux types : indicateurs d'usage et indicateurs d'organisation. Cet article nous présente ces deux modèles et développe l'idée d'une combinaison entre l'expérience EMRAM et la démarche du programme Hôpital numérique.

Systèmes d'information en santé. Spécial HIT 2012.
WLODYKA (Philippe), HANSSKE (Arnaud), BOSSI (Jeanne), et al.
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°545, 2012/03-04
[BDSP. Notice produite par EHESP BGI98R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cinq points sont développés dans ce dossier consacré au système d'information hospitalier : - le rôle du directeur des systèmes d'information (DSI) - la mesure de la maturité des niveaux d'informatisation des structures de santé à travers notamment l'échelle EMRAM - la procédure d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel par l'Asip - le plan d'action du programme "Hôpital numérique" pour la période 2012-2016 - l'utilisation de smartphones pour sécuriser le circuit des produits de santé en hospitalisation à domicile.

Utilisation des données du PMSI pour estimer l'incidence des cancers en France à l'échelon infranational : la démarche du groupe Oncepi.
BOSSARD (N.), GOMEZ (F.), REMONTET (L.), UHRY (Z.), OLIVE (F.), MITTON (N.), POLAZZI (S.), SCHOTT (A.M.), TROMBERT (B.), COLONNA (M.)
C, P140
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE, n°5-6, 2012/01/31
In : Numéro thématique - Surveillance épidémiologique des cancers en France : utilisation des bases de données médico-administratives.
http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-5-6-2012
[BDSP. Notice produite par InVS kR0x89rD. Diffusion soumise à autorisation]. À ce jour, hormis les zones couvertes par des registres, aucune estimation de l'incidence du cancer n'est disponible au niveau départemental. L'objectif de l'Observatoire épidémiologique Rhône-Alpes en oncologie (groupe Oncepi) est de développer une méthodologie appropriée pour estimer l'incidence du cancer dans l'ensemble des départements français en utilisant, outre les données départementales des registres, les données du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) qui sont exhaustives sur l'ensemble du territoire. Afin d'atteindre cet objectif, une réponse aux deux questions suivantes devait être donnée : 1) Les données du PMSI peuvent-elles être utilisées en leur appliquant un facteur de correction basé sur leur sensibilité et leur spécificité ? 2) Si elles ne le peuvent pas, est-il possible d'utiliser les données du PMSI comme corrélat de l'incidence ? Les différentes études menées par le groupe Oncepi ont abouti à la production d'estimations infranationales grâce à l'utilisation du rapport "Incidence PMSI/Incidence observée dans les registres". Ce rapport est estimé par modélisation dans les départements avec registres, puis appliqué aux données du PMSI dans les départements sans registre. Des estimations départementales ont été produites pour les cancers du côlon-rectum et du sein. Plusieurs difficultés méthodologiques liées à la qualité des données du PMSI et à la modélisation ont été identifiées, mais certaines d'entre elles sont en cours de résolution : ceci rendra bientôt possible les estimations départementales pour d'autres cancers. Les perspectives du groupe Oncepi sont de poursuivre les développements méthodologiques nécessaires, d'étudier (en lien avec l'Institut de veille sanitaire) l'intérêt des autres données médico-administratives disponibles au niveau national dans l'estimation de l'incidence des cancers à l'échelon infranational, et enfin d'étendre ses objectifs épidémiologiques à l'estimation de la prévalence hospitalière. (R.A.).

Utilité des bases de données médico-administratives pour le suivi épidémiologique des cancers. Comparaison avec les données des registres au niveau individuel.
GROSCLAUDE (P.), DENTAN (C.), TRETARRE (B.), VELTEN (M.), FOURNIER (E.), MOLINIE (F.)
C, P140
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE, n°5-6, 2012/01/31

In : Numéro thématique - Surveillance épidémiologique des cancers en France : utilisation des bases de données médico-administratives.
http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-5-6-2012
[BDSP. Notice produite par InVS mDR0xHnE. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif - En France, les registres des cancers couvrent seulement une partie des départements. Pour obtenir une couverture exhaustive en termes de morbidité, l'utilisation des bases de données médico-administratives (BDMA) a été proposée. L'objectif de ce travail était d'étudier les caractéristiques des BDMA nécessaires pour permettre de les utiliser non seulement comme outil de suivi épidémiologique des cancers, mais aussi pour identifier des cas dans le cadre d'un suivi de cohorte ou pour réaliser une surveillance hors d'une zone couverte par un registre. Méthode - Nous avons analysé la concordance, au niveau individuel, entre les données des "affections longue durée" (ALD) d'une part, les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) d'autre part et les données des registres de cancers départementaux, utilisées dans ce travail comme la référence en matière d'incidence. Ce travail a porté sur les cas diagnostiqués en 2004. Résultats - Pour les ALD 2004, les 5 registres inclus dans l'étude ont recensé 22 455 cancers, qui ont été comparés à 17 133 ALD. Pour le PMSI 2004, les 4 registres inclus dans l'étude ont recensé 16 066 cancers, qui ont été comparés à 26 294 diagnostics de cancer fournis par les Départements d'information médicale de 68 établissements. Les résultats montrent que pour repérer des cas de cancer incidents, la sensibilité des ALD (0,56) est plus mauvaise que celle du PMSI (0,70). En revanche la valeur prédictive positive (VPP) d'un signalement par une ALD est meilleure que celle d'un signalement par le PMSI (0,74 versus 0,43), car le PMSI inclut beaucoup plus de cas prévalents que les ALD. Ces résultats varient en fonction des cancers étudiés car les facteurs de sous-déclaration sont multiples. Conclusion - Les ALD semblent difficiles à utiliser seules pour effectuer un recensement exhaustif des cas. En revanche, elles sont un bien meilleur indicateur du fait qu'une personne a effectivement un cancer prévalent. Le PMSI semble plus exhaustif, mais son utilisation conduirait à devoir contrôler beaucoup de cas du fait de sa mauvaise VPP. Des critères d'extraction des enregistrements plus complexes que ceux que nous avons utilisés, permettant de différencier les cas incidents des prévalents, sont nécessaires. Toutefois, une sélection trop importante risque de dégrader la capacité des bases PMSI à identifier les cas. (R.A.).

Le recueil informatisé de signalements en psychiatrie.
DAURIAC LE MASSON (V.), ROGE (M.), CHOMETTE (E.)
C, P85
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE, vol. 30 n°1, 2012
In : Numéro spécial : Journées Emois.
[BDSP. Notice produite par ORSRA HR0xoBpm. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : Sur indication de tiers, les psychiatres sont amenés à débuter une "prise en charge" de patients qu'ils n'ont pas encore vus. Ce sont les "signalements", que les établissements doivent recueillir non seulement à des fins de description comptable de l'activité dans le cadre du PMSI, mais aussi car ces précieuses informations cliniques pourraient utilement s'intégrer à un dossier informatisé, afin de garantir la continuité des soins. Reste à savoir s'il est licite de recueillir des informations à propos d'un patient non informé de ce recueil ? Méthode : Pour répondre à cette problématique, nous avons réalisé une étude approfondie des éléments juridiques existants (étude de la législation et de la jurisprudence). Résultat : La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 n'autorisant à l'article 7 le traitement informatique de données que si la personne concernée a donné son accord, il est interdit de recueillir des données de signalement, au nom du patient, dans un dossier informatisé. Pourtant la Loi impose aux professionnels da santé de décrire leur activité (article L. 6113-7 et L. 6113-8 du CSP), de garantir la continuité des soins (article L. 1110-1 du CSP) et de dispenser les soins les plus appropriés (article L. 1110-5 alinéa 1 du CSP). Discussion : Nous formulons des solutions techniques conformes à l'état du droit et répondant 1) soit aux seuls impératifs du PMSI, 2) soit à ces derniers et aux besoins

d'utilisation clinique des données qui nécessitent alors une demande de dérogation auprès de la CNIL (au titre de la 3ème dérogation de l'article 7 de la loi CNIL).

L'amélioration du chaînage des séjours dans la base nationale du PMSI MCO entre 2006 et 2009 : analyse et conséquences.
LE BIHAN-BENJAMIN (C.), LANDAIS (P.), CHATELLIER (G.)
C, P85
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE, vol. 30 n°1, 2012
In : Numéro spécial : Journées Emois.
[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xH9kDp. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : Le chaînage des séjours dans le PMSI offre de nouvelles perspectives d'analyse pour l'organisation des soins, l'économie médicale ou l'épidémiologie. Notre objectif était d'évaluer la qualité du chaînage des séjours MCO de 2006 à 2009. Matériel et méthode : A partir des bases nationales PMSI de 2006 à 2009, la qualité du chaînage a été évaluée sur les séjours sans numéro de chaînage (NC), et sur les erreurs d'allocations du NC et de leurs causes. Résultats : Le nombre de séjours sans NC a diminué de façon conséquente, passant de 1.055.777 (4.89 %) en 2006 à 196.689 (0.80 %) en 2009. Nous nous sommes intéressés à certains types de données aberrantes par NC qui persistent : nombre d'hospitalisations annuelles erronées, décès multiples, ou répétitions impossibles d'accouchements sur la période. Ceci a conduit à considérer aussi comme erreur de chaînage les anomalies pendant les étapes du chaînage. Ces anomalies portaient le plus souvent sur le numéro d'assuré social. Ainsi dénombrées, les erreurs de chaînage (manque ou anomalie) ont concerné 1.672.776 séjours (7.75 %) en 2006 et 459.023 (1.87 %) en 2009, avec de fortes disparités régionales en 2006 qui s'atténuaient ensuite. En dépit de leur diminution chronologique, ces erreurs ont conduit pour 2009, à un déficit pour les établissements estimé à 376 millions d'euros. Discussion/Conclusion : Le nombre de séjours sans NC ou avec anomalie de chaînage diminue. Les anomalies doivent être systématiquement prévenues en amont du chaînage. Les efforts doivent surtout porter sur le recueil approprié du numéro de sécurité sociale à l'admission, afin d'améliorer encore la qualité du chaînage.

KOSSMANN (Thibaut), VERMANDE (Vincent), DOULX (Jean-Christophe), et al.
Dossier SIH.
20èmes journées nationales ATHOS.
La Rochelle. FRA
2011/10/06-07
TECHNIQUES HOSPITALIERES
2012/05-06
N°: 733 Pages : 10-26, fig.
[BDSP. Notice produite par EHESP r8q8R0xl. Diffusion soumise à autorisation]. Les XXèmes journées nationales Athos qui se sont tenues le 6-7 octobre 2011 à La Rochelle ont permis aux établissements de santé de présenter des expériences de terrain dans le domaine des nouvelles technologies et de l'informatique. Parmi ceux-ci : la démarche d'informatisation de la production de soins (ou dossier patient) engagée par le centre hospitalier de Rodez, la réalisation du projet "Annuaire et sécurisation des accès au système d'informatisation via la carte de professionnel de santé" dont la coordination a été confiée au GCS régional Epsilim (Expertise, performance et systèmes d'information en Limousin), la mise en oeuvre d'un bilan de logiciel web pour la prescription des chimiothérapies dans les cliniques mutualistes du Rhône et de l'Ain, le lancement du programme Région sans film (programme de mutualisation de PACS) en Ile-de-France.

MESSNER (Laëtitia)
Systèmes d'information. Tout savoir sur le programme Hôpital numérique.
Systèmes d'information en santé. Spécial HIT 2012.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2012/03-04

N°: 545 Pages : 82-83
[BDSP. Notice produite par EHESP sR0xmAsA. Diffusion soumise à autorisation]. Le programme Hôpital numérique, lancé en novembre 2011, constitue la feuille de route à cinq ans (2012-2016) pour les systèmes d'information hospitaliers. Son ambition est d'amener l'ensemble des établissements vers un premier niveau de maturité de leurs systèmes d'information. Pour ce faire, il propose un plan d'actions agissant sur quatre leviers à actionner de manière coordonnée.

CHANTRY (A.), CENEUX-THARAUX (C.), BAL (G.), ZEITLIN (J.), QUANTIN (C.), BOUVIER-COLLE (M.H.)
Le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) - processus de production des données, validité et sources d'erreurs dans le domaine de la morbidité maternelle sévère.
REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE
2012/06
Vol : 60 : n°: 3 : Pages : 177-188
[BDSP. Notice produite par ORSRA nqAR0xBk. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : L'organisation des soins obstétricaux en France fait que les femmes rencontrent systématiquement le système hospitalier. Les données hospitalières nationales issues du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) constituent donc potentiellement une source intéressante d'information, notamment pour l'étude d'évènements rares tels que la morbidité maternelle sévère. Ces données couvrent un grand nombre d'individus mais leur qualité n'a pas été évaluée dans ce domaine. Notre objectif était d'étudier les circuits de production et la validité des données du PMSI relatives à la morbidité maternelle sévère. Matériel et méthodes : L'étude a été conduite dans quatre centres hospitaliers universitaires (Caen, Cochin, Grenoble, Lille). D'une part, l'organisation des étapes du circuit de l'information médicale - production, conditionnement, vérification et traitement - a été détaillée dans chaque centre grâce à l'utilisation d'une grille standardisée. D'autre part, l'étude de validation reposait sur la confrontation des évènements maternels morbides sévères identifiés dans le PMSI des années 2006-2007 avec les données issues des dossiers médicaux qui constituaient la référence. Les sensibilités et valeurs prédictives positives du PMSI ont été calculées. Résultats : L'étude des circuits de production des données du PMSI révèle des différences majeures d'organisation entre centres surtout concernant l'étape de vérification de l'information médicale. Dans les données hospitalières, les diagnostics (éclampsie et embolie pulmonaire) présentaient une forte proportion de faux-positifs (68 %). À l'inverse, les actes (quatre actes marqueurs d'hémorragie sévère) avaient moins de 1 % de faux-positifs, mais une sensibilité basse avec 37 % de faux-négatifs dont 95 % étaient des erreurs corrigibles. Concernant les suppléments de soins intensifs et de réanimation, tous les indicateurs de validité étaient élevés. Par ailleurs, les centres 1 et 2 montraient des données de meilleure qualité quels que soient les évènements. Conclusion : L'hétérogénéité des circuits de production des données du PMSI semble associée à une qualité variable de ces données. Les suppléments de réanimation et de soins intensifs, comme les actes après correction a posteriori peuvent être utilisés dans le PMSI. Pour les diagnostics, les données PMSI sont de meilleure qualité quand les centres possèdent conjointement une informatisation des dossiers et des étapes de vérification des informations médicales. (résumé d'auteur).

DAURIAC LE MASSON (V.), ROGE (M.), CHOMETTE (E.)
Le recueil informatisé de signalements en psychiatrie.
Numéro spécial : Journées Emois.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2012
Vol : 30 : n°: 1 : Pages : 31-35
[BDSP. Notice produite par ORSRA HR0xoBpm. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : Sur indication de tiers, les psychiatres sont amenés à débuter une "prise en

charge" de patients qu'ils n'ont pas encore vus. Ce sont les "signalements", que les établissements doivent recueillir non seulement à des fins de description comptable de l'activité dans le cadre du PMSI, mais aussi car ces précieuses informations cliniques pourraient utilement s'intégrer à un dossier informatisé, afin de garantir la continuité des soins. Reste à savoir s'il est licite de recueillir des informations à propos d'un patient non informé de ce recueil ? Méthode : Pour répondre à cette problématique, nous avons réalisé une étude approfondie des éléments juridiques existants (étude de la législation et de la jurisprudence). Résultat : La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 n'autorisant à l'article 7 le traitement informatique de données que si la personne concernée a donné son accord, il est interdit de recueillir des données de signalement, au nom du patient, dans un dossier informatisé. Pourtant la Loi impose aux professionnels da santé de décrire leur activité (article L. 6113-7 et L. 6113-8 du CSP), de garantir la continuité des soins (article L. 1110-1 du CSP) et de dispenser les soins les plus appropriés (article L. 1110-5 alinéa 1 du CSP). Discussion : Nous formulons des solutions techniques conformes à l'état du droit et répondant 1) soit aux seuls impératifs du PMSI, 2) soit à ces derniers et aux besoins d'utilisation clinique des données qui nécessitent alors une demande de dérogation auprès de la CNIL (au titre de la 3ème dérogation de l'article 7 de la loi CNIL).

LE BIHAN-BENJAMIN (C.), LANDAIS (P.), CHATELLIER (G.)
L'amélioration du chaînage des séjours dans la base nationale du PMSI MCO entre 2006 et 2009 : analyse et conséquences.
Numéro spécial : Journées Emois.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
2012
Vol : 30 : n°: 1 : Pages : 17-30
[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xH9kDp. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : Le chaînage des séjours dans le PMSI offre de nouvelles perspectives d'analyse pour l'organisation des soins, l'économie médicale ou l'épidémiologie. Notre objectif était d'évaluer la qualité du chaînage des séjours MCO de 2006 à 2009. Matériel et méthode : A partir des bases nationales PMSI de 2006 à 2009, la qualité du chaînage a été évaluée sur les séjours sans numéro de chaînage (NC), et sur les erreurs d'allocations du NC et de leurs causes. Résultats : Le nombre de séjours sans NC a diminué de façon conséquente, passant de 1.055.777 (4.89 %) en 2006 à 196.689 (0.80 %) en 2009. Nous nous sommes intéressés à certains types de données aberrantes par NC qui persistent : nombre d'hospitalisations annuelles erronées, décès multiples, ou répétitions impossibles d'accouchements sur la période. Ceci a conduit à considérer aussi comme erreur de chaînage les anomalies pendant les étapes du chaînage. Ces anomalies portaient le plus souvent sur le numéro d'assuré social. Ainsi dénombrées, les erreurs de chaînage (manque ou anomalie) ont concerné 1.672.776 séjours (7.75 %) en 2006 et 459.023 (1.87 %) en 2009, avec de fortes disparités régionales en 2006 qui s'atténuaient ensuite. En dépit de leur diminution chronologique, ces erreurs ont conduit pour 2009, à un déficit pour les établissements estimé à 376 millions d'euros. Discussion/Conclusion : Le nombre de séjours sans NC ou avec anomalie de chaînage diminue. Les anomalies doivent être systématiquement prévenues en amont du chaînage. Les efforts doivent surtout porter sur le recueil approprié du numéro de sécurité sociale à l'admission, afin d'améliorer encore la qualité du chaînage.

OMNES (L.), ANASTASY (C.), ALAIN (D.), ADDA (D.), FERNET (P.), MAKLHOUFI (I.), SAADI (J.), ARTIBA (A.), EL HIKI (L.), EL HASSANI (A.), HEROLD (K.), VARIN (C.), MOULIN (C.), SABOURIN (J.C.), BANGRATZ (J.C.), SIMONNET (J.A.), VIDAL (F.), FELDMAN (D.), ROCQUEFELTE (S.), ROUILLER-FURIC (I.), MAUPETIT (J.C.), SECHET (E.), LEPELLETIER (A.), ABOUADBDELLAH (A.), AGUEZZOUL (A.), CHERKAOUI (A.)
Dossier. L'hôpital intelligent.
GESTIONS HOSPITALIERES
2012/04
Vol : : n°: 515 Numéro spécial : : Pages : 203-264, graph., tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP rR0xC7sm. Diffusion soumise à autorisation]. Au sommaire du dossier : International : Du côté de la Cleveland Clinic. What else ? - Performance : Gérer un portefeuille de projets de système d'information : une démarche au service des professionnels - Achat de système d'information hospitalier, un dialogue compétitif et opérationnel - Évaluation du dossier patient et des archives médicales - Analyse du mode d'urbanisation du SIH à l'hôpital Cheikh Zaïd. Informatique : Linux et les équipements médicaux - Innovation : La tumorothèque à l'ère virtuelle - Projets de construction et systèmes d'information - Offre de soins : L'accès à des plateaux d'imagerie adaptés. Optimisation : Évaluer l'analyse pharmaceutique des prescriptions informatisées - Oncologie : Modélisation du processus d'autonomisation : comparatif des méthodes du génie logiciel.

STUDER (Nicolas)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ?
SERIE ETUDES ET RECHERCHES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2012/03
N°: 114 : Pages : 53p., tabl., graph.
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x9InFI. Diffusion soumise à autorisation]. Après plusieurs décennies de forte croissance des dépenses de santé, l'efficacité de cette dépense fait l'objet d'une attention accrue. La description fine de l'activité de court séjour fournie par le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) permet d'analyser l'évolution de la performance économique des établissements de santé. Ce travail se propose ainsi de définir un indice de productivité globale construit à partir de l'estimation d'une fonction de production pour le secteur hospitalier public. Notre étude permet de conclure à une hausse de la productivité hospitalière en court séjour dans ce secteur entre 2003 et 2007 ainsi qu'à une réduction des écarts de productivité entre entités juridiques.
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud114-2.pdf

BOSSARD (N.), GOMEZ (F.), REMONTET (L.), UHRY (Z.), OLIVE (F.), MITTON (N.), POLAZZI (S.), SCHOTT (A.M.), TROMBERT (B.), COLONNA (M.)
Utilisation des données du PMSI pour estimer l'incidence des cancers en France à l'échelon infranational : la démarche du groupe Oncepi.
Numéro thématique - Surveillance épidémiologique des cancers en France : utilisation des bases de données médico-administratives.
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE
2012/01/31
N°: 5-6 : Pages : 77-80
[BDSP. Notice produite par InVS kR0x89rD. Diffusion soumise à autorisation]. À ce jour, hormis les zones couvertes par des registres, aucune estimation de l'incidence du cancer n'est disponible au niveau départemental. L'objectif de l'Observatoire épidémiologique Rhône-Alpes en oncologie (groupe Oncepi) est de développer une méthodologie appropriée pour estimer l'incidence du cancer dans l'ensemble des départements français en utilisant, outre les données départementales des registres, les données du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) qui sont exhaustives sur l'ensemble du territoire. Afin d'atteindre cet objectif, une réponse aux deux questions suivantes devait être donnée : 1) Les données du PMSI peuvent-elles être utilisées en leur appliquant un facteur de correction basé sur leur sensibilité et leur spécificité ? 2) Si elles ne le peuvent pas, est-il possible d'utiliser les données du PMSI comme corrélat de l'incidence ? Les différentes études menées par le groupe Oncepi ont abouti à la production d'estimations infranationales grâce à l'utilisation du rapport "Incidence PMSI/Incidence observée dans les registres". Ce rapport est estimé par modélisation dans les départements avec registres, puis appliqué aux données du PMSI dans les départements sans registre. Des estimations départementales ont été produites pour les cancers du côlon-rectum et du sein. Plusieurs difficultés

méthodologiques liées à la qualité des données du PMSI et à la modélisation ont été identifiées, mais certaines d'entre elles sont en cours de résolution : ceci rendra bientôt possible les estimations départementales pour d'autres cancers. Les perspectives du groupe Oncepi sont de poursuivre les développements méthodologiques nécessaires, d'étudier (en lien avec l'Institut de veille sanitaire) l'intérêt des autres données médico-administratives disponibles au niveau national dans l'estimation de l'incidence des cancers à l'échelon infranational, et enfin d'étendre ses objectifs épidémiologiques à l'estimation de la prévalence hospitalière. (R.A.).
http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-5-6-2012

GROSCLAUDE (P.), DENTAN (C.), TRETARRE (B.), VELTEN (M.), FOURNIER (E.), MOLINIE (F.)
Utilité des bases de données médico-administratives pour le suivi épidémiologique des cancers. Comparaison avec les données des registres au niveau individuel.
Numéro thématique - Surveillance épidémiologique des cancers en France : utilisation des bases de données médico-administratives.
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE
2012/01/31
N°: 5-6 : Pages : 63-67
[BDSP. Notice produite par InVS mDR0xHnE. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif - En France, les registres des cancers couvrent seulement une partie des départements. Pour obtenir une couverture exhaustive en termes de morbidité, l'utilisation des bases de données médico-administratives (BDMA) a été proposée. L'objectif de ce travail était d'étudier les caractéristiques des BDMA nécessaires pour permettre de les utiliser non seulement comme outil de suivi épidémiologique des cancers, mais aussi pour identifier des cas dans le cadre d'un suivi de cohorte ou pour réaliser une surveillance hors d'une zone couverte par un registre. Méthode - Nous avons analysé la concordance, au niveau individuel, entre les données des "affections longue durée" (ALD) d'une part, les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) d'autre part et les données des registres de cancers départementaux, utilisées dans ce travail comme la référence en matière d'incidence. Ce travail a porté sur les cas diagnostiqués en 2004. Résultats - Pour les ALD 2004, les 5 registres inclus dans l'étude ont recensé 22 455 cancers, qui ont été comparés à 17 133 ALD. Pour le PMSI 2004, les 4 registres inclus dans l'étude ont recensé 16 066 cancers, qui ont été comparés à 26 294 diagnostics de cancer fournis par les Départements d'information médicale de 68 établissements. Les résultats montrent que pour repérer des cas de cancer incidents, la sensibilité des ALD (0,56) est plus mauvaise que celle du PMSI (0,70). En revanche la valeur prédictive positive (VPP) d'un signalement par une ALD est meilleure que celle d'un signalement par le PMSI (0,74 versus 0,43), car le PMSI inclut beaucoup plus de cas prévalents que les ALD. Ces résultats varient en fonction des cancers étudiés car les facteurs de sous-déclaration sont multiples. Conclusion - Les ALD semblent difficiles à utiliser seules pour effectuer un recensement exhaustif des cas. En revanche, elles sont un bien meilleur indicateur du fait qu'une personne a effectivement un cancer prévalent. Le PMSI semble plus exhaustif, mais son utilisation conduirait à devoir contrôler beaucoup de cas du fait de sa mauvaise VPP. Des critères d'extraction des enregistrements plus complexes que ceux que nous avons utilisés, permettant de différencier les cas incidents des prévalents, sont nécessaires. Toutefois, une sélection trop importante risque de dégrader la capacité des bases PMSI à identifier les cas. (R.A.).
http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-5-6-2012

EL SARRAJ (Lama), RODIER (Sophie), ESPINASSE (Bernard)
Entrepôt de données autour du PMSI pour le pilotage d'établissements hospitaliers.
17èmes journées d'études et de formation des techniques et de l'ingénierie hospitalières. Bordeaux. FRA

2011/10/12-14
TECHNIQUES HOSPITALIERES
2011/09-10
N°: 729 : Pages : 49-52
[BDSP. Notice produite par EHESP l89R0x87. Diffusion soumise à autorisation]. Pour mettre en place la tarification à l'activité (T2A), les gestionnaires hospitaliers doivent pouvoir analyser selon différentes perspectives les données gérées par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et les croiser avec des données externes à celui-ci. Dans ce contexte, l'élaboration d'un entrepôt de données à partir des données du PMSI mais intégrant d'autres sources de données est indispensable. Cet article présente une recherche en cours, menée dans le cadre d'une collaboration CHU-laboratoires de recherche, relative à l'élaboration d'un entrepôt de données, en prenant en compte à la fois la spécificité des données et les besoins en analyse des gestionnaires hospitaliers.

DEMBINSKI (O.), BELART (T.)
Les outils de gestion en psychiatrie : la mise en oeuvre du RIM-P.
Les politiques de psychiatrie et santé mentale en Europe. Incertitudes et perspectives.
SOCIOLOGIE SANTE
2011
N°: 34 Numéro spécial : : Pages : 89-116
Cet article examine le processus d'institutionnalisation d'une expertise gestionnaire en santé à travers la création d'agences sanitaires et la mise en oeuvre d'un système d'information en psychiatrie (le RIM-P). En reconstituant la genèse d'une expertise médico-économique en santé, il montre comment la psychiatrie est peu à peu investie par cette nouvelle régulation ainsi que les conditions de sa mise en oeuvre. Il montre comment une hybridation entre connaissance médicale et gestionnaire constitue un préalable indispensable à la mise en oeuvre du RIM-MP. Puis, à partir d'une observation participante réalisée dans trois établissements publics de santé mentale, il rend compte des usages de ce système d'information standardisé. Il révèle des situations très diversifiées selon les établissements et liées notamment à leur capacité à mettre en place une technostructure dont la légitimité repose sur la maîtrise de dispositifs de gestion complexes dédiés à la coordination et au contrôle.

CORDIER (M.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Enquête " Changements organisationnels et informatisation " dans le secteur de la santé COI-H.
SERIE SOURCES ET METHODES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2009/11
N°: 8 : Pages : 29p., tabl., fig., ann.
Les hôpitaux ont connu, à l'instar des entreprises du secteur marchand, des changements de grande ampleur tant sur le plan de leur organisation, que des outils informatiques utilisés : utilisation de systèmes d'information médicalisés, traçabilité des actes réalisés, certification, etc. Ces changements doivent pouvoir être appréciés, de manière conjointe, du point de vue des directions d'hôpitaux et de cliniques qui les mettent en œuvre, et du point de vue des agents. L'enquête « COI-H » réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en collaboration avec le Centre d'études de l'emploi (CEE) est l'extension dans le secteur hospitalier du dispositif d'enquête « COI » 2006. Il s'agit d'une première dans le secteur de la santé, qui a nécessité une adaptation importante du questionnaire du volet « employeurs » pour correspondre aux situations rencontrées par les établissements de santé. Ce travail a été mené sur la base d'entretiens approfondis auprès d'une vingtaine de directeurs et responsables de structures hospitalières et a fait l'objet d'une large concertation au sein du ministère de la santé. Ce document présente la démarche, les traitements et les résultats de l'enquête.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource-method08.pdf

GUICHETEAU (Jean), ANDRE (Frédéric), SOBCZAK (Jean-Pierre)
Dossier patient informatisé : une solution de déploiement originale.
Spécial Hôpital expo 2008. Haute information en santé.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2008/03-04
N°: 521 : Pages : 35-37
[BDSP. Notice produite par EHESP Eor89R0x. Diffusion soumise à autorisation].
L'informatisation de la production de soins et du dossier patient est un objectif prioritaire des établissements de santé. Les coûts de développement et de maintenance peuvent être optimisés, le paramétrage partagé et les délais de mise en oeuvre réduits par un nouveau mode de déploiement : l'Application Service Provider. Le centre hospitalier de Valenciennes et le groupe Association hospitalière Nord Artois cliniques, établissement participant au service public hospitalier, ont conjugué leurs efforts. Ils déploient aujourd'hui sur ce mode leur solution de dossier unique du patient. (R.A.).

BERANGER (Jérôme), LE COZ (Pierre)
Revue de littérature cancérologie. L'aspect éthique de l'utilisation de l'information médicale via les nouvelles technologies.
GESTIONS HOSPITALIERES
2011/01
N°: 502 : : Pages : 7-13
[BDSP. Notice produite par EHESP 8JR0xFk9. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis quelques années, le développement de la réflexion consacrée à l'éthique dans le domaine de la santé ne se limite plus aux considérations relatives à la bioéthique, à la recherche clinique, biomédicale ou à l'innovation thérapeutique, mais également aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTCI), notamment celles destinées à l'information médicale et à la communication au sein des structures de santé. Ces NTIC posent donc le problème de savoir comment informer et qui informer. En quoi ces nouvelles technologies contribuent-elles aux changements relationnels, comportementaux et organisationnels entre le professionnel de santé et son patient ? Une réflexion qui prend d'autant plus son sens dans la filière cancérologie. L'une des questions majeures étant de savoir comment la modernisation "technologique" de l'utilisation de l'information médicale en cancérologie peut s'accompagner d'une modernisation "éthique" dessinant un système d'information à visage humain. Quels principes éthiques et valeurs sociales primordiales doivent orienter l'usage et la mise en place des systèmes d'information en cancérologie ?

SAURET (J.)
Économie des nouveaux systèmes d'information en santé.
E-santé et nouvelles technologies
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010
N°: 29 : Pages : 59-68
Annoncés comme très prometteurs, les systèmes d'information en santé n'ont pas débouché en France sur toutes les améliorations attendues. L'analyse de la situation montre que les avancées ont été significatives, mais très hétérogènes. La France accuse aujourd'hui un vrai retard sur les pays équivalents. Pour autant, les gains que pourraient apporter des systèmes d'information performants restent très importants, tant pour la qualité des soins que pour les aspects financiers ou pour le pilotage du système. Cependant, la réalisation de ces gains est soumise à certaines conditions, non encore réunies (résumé de l'éditeur).

MOTEL (Y.)
Technologies de l'information : Vers un nouveau modèle ?
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2010
N° : 533
Pages : 44-46
L'hôpital, protagoniste important de la délivrance des soins aux côtés des acteurs de la médecine de ville, serait-il un grand corps malade ? A en croire l'auteur de l'article qui vient de paraître dans la Revue hospitalière de France, et même s'il estime que le pronostic vital n'est pas engagé, le mal est profond et le remède passe par l'utilisation massive... des technologies de l'information. Rappelant l'état des lieux préoccupant dans le domaine des SI hospitaliers, Yannick Motel, délégué général du Lesiss n'y va pas par quatre chemins. Il estime que dans le domaine de la réponse aux besoins sanitaires "l'augmentation sensible de la demande ne peut conduire, si les outils de communication adaptés ne sont pas rapidement généralisés, qu'à une augmentation symétrique des risques de sinistres, et des contentieux afférents". Le représentant des industriels du secteur rappelle en outre les raisons du retard français et analyse les trois principaux obstacles à une amélioration rapide : des SI vécus comme des postes de dépense, une faiblesse des maîtrises d'ouvrage, et un sous-investissement récurrent. Dans un contexte de restrictions budgétaires durable, le déploiement indispensable de ces technologies ne peut passer que par une réflexion approfondie sur les moyens à leur consacrer, car elles conditionneront la survie des établissements.
http://www.lesiss.org/publications/20100516nm/Attachment00022486/RHF0510.pdf

DE ROQUEFEUIL (Laurence), FIVAZ (Caroline), LE GUEN (Carole), LE LAIDIER (Sylvie), MOUGARD (Marie-Hélène), PEPIN (Sophie), POLTON (Dominique)
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction de la Stratégie des Etudes et des Statistiques. (D.S.E.S.). Paris. FRA
L'utilisation des systèmes d'information de l'assurance maladie pour l'analyse des pratiques de prescription : quelques exemples.
POINTS DE REPERE
2008/01
N° : 4
1-8, tabl., fig
Les exemples présentés dans ce points de repère illustrent trois types d'analyses qui ont pu êtres menées grâce à la codification des actes, des produits de santé, des diagnostics des patients en ALD, des séjours hospitaliers, appariements de données pour suivre les trajectoires de soins et panels de bénéficiaires.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n__4_01.pdf

STAKOWSKI (Robert)
Projet de refonte des systèmes d'information hospitaliers : réflexions sur le montage en partenariat public-privé.
Investissements. Dossier.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2007/11-12
N° : 519
Pages : 8-10
L'État a décidé d'investir massivement dans la modernisation des systèmes d'information hospitaliers : 10 à 15% du plan hôpital 2012 (soit 1 à 1,5 milliard d'euros) leur sera consacré. Tandis qu'une offre à caractère industriel, sous la forme de produits sur étagère et de capacités d'ensemblier, tend à s'imposer partout dans le monde, la stratégie pourrait être d'inciter les industriels attirés par le marché à investir en France dans le cadre d'une démarche gagnant-gagnant. L'idée sous-jacente consisterait à apporter à ces derniers une visibilité à long terme grâce à la garantie d'un certain volume de marché, au travers d'une compétition prenant la forme d'un partenariat public-privé et s'inscrivant dans les contraintes industrielles et sociales de la transformation du paysage hospitalier français. (R.A.).

GERVAIS (Jean-Bernard), LEHALLE (Dominique), DE KERVASDOUE (Jean)
Système d'informations hospitaliers. Dossier.
DECISION SANTE
2007/11
N° : 239
Pages : 8-13
En matière de SIH, les Etats-Unis font figure de mètre étalon. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : alors que les hôpitaux publics français ne consacraient qu'1,8% de leur budget aux SIH, les hôpitaux américains, eux, caracolaient entre 5 et 8%. Quant au taux d'équipement en dossier patient informatisé en France, "20% des chu ont un DJI fiable, 40% sont en train de s'informatiser, et 20% en sont encore à la phase projet". Pas de quoi pavoiser... Pourtant, les performances américaines cache un état des lieux plus nuancé, selon Denis Ducasse "l'association des hôpitaux américains établit à 30% de leurs établissements de santé n'ont pas de DMP, 11% l'on mis en oeuvre, et 50% seulement en partie". Des statistiques proches de celles des CHU français. Mais les pays scandinaves ont une longueur d'avance 81% des hôpitaux suédois sont équipés d'un dossier patient informatisé. En France manque d'interopérabilité, manque de compétence, manque de financement : les systèmes d'information hospitaliers font grise mine à l'orée de la mise en place du plan Hôpital 2012. Tour d'horizon des blocages. Mais aussi des solutions. Qui va équiper les hôpitaux français. La tension a été forte ces derniers mois sur le marché des systèmes d'information hospitaliers, et plus précisément des systèmes cliniques.

PENON (Amaëlle), LIVARTOWSKI (Alain), JAROSSAY (Mylène), VAROUSTAS (Paul-Christophe), RIZAND (Philippe), GUICHETEAU (Jean), ANDRE (Frédéric), SOBZACK (Jean-Pierre), DARDARI (Dured), FRANC (Sylvia), CHARPENTIER (Guillaume), DAHLET (Marc), PUENTES (John), LECORNU (Laurent), COATRIEUX (Gouenou), ROUX (Christian), ANGELINI (Elsa), BLOCH (Isabelle), BISCH (François)
Dossier. Technologies de l'information et santé.
TECHNIQUES HOSPITALIERES
2007/05-06
N° : 703
Pages : 13-51
[BDSP. Notice produite par ENSP RYDR0xD7. Diffusion soumise à autorisation]. Dans ce dossier les sujets suivants sont développés : Un correspondant Cnil aux Hospices civils de Lyon ; Le système d'information de l'Institut Curie ; Le dossier unique du patient informatisé à Valenciennes : une solution de déploiement originale ; Téléphone portable et traitement des diabètes ; télécardiologie : suivi des prothèses cardiaques implantables à distance ; Informatisation de l'anesthésie, qualité et évaluation des pratiques professionnelles ; Aide au dossier patient multimédia en neurochirurgie intégrant des informations issues d'examens d'IRM ; Des standards pour une traçabilité maîtrisée à l'hôpital.

COLIN (Cyrille), ADENOT (Isabelle), LIVARTOWSKI (Alain), et al.
Le dossier médical personnel.
ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE
2007/03
N° : 58
Pages : 17-56
[BDSP. Notice produite par ENSP 0F8W4R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Ce dossier réunit en quelques pages tout ce que le système de santé français porte comme espoir : une meilleure vie pour tous, et comme contraintes : l'ensemble mal arrangé de systémiques stratifiées et de comportements individuels divergents, qui surprend plus d'un observateur extérieur. Gageons que la constance avec laquelle sont appliquées les réformes dans le système de santé nous conduise au progrès sanitaire et social.

LEHALLE (Dominique) / introd., SLOSSE (Bruno), LE TAILLANDIER DE BABORY (Vincent), DEGOULET (Patrice)
Systèmes d'information hospitaliers. Hôpital 2012 : mode d'emploi.
DECISION SANTE
2007/05
N° : 235
Pages : 14p. (12)
[BDSP. Notice produite par ENSP R0xRuu50. Diffusion soumise à autorisation]. Avec le Plan "Hôpital 2012", les pouvoirs publics engagent les hôpitaux et cliniques à "prendre résolument le virage du numérique et du partage de l'information". Pour soutenir cet objectif, la part des dépenses relatives aux systèmes d'information doit doubler. La Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (Mainh) a lancé, sans tarder la mécanique qui permettra d'assurer que le volet SIH du Plan progresse partout "de manière forte", comme le souligne son directeur (lire p. 10). Comment investir et mesurer la valeur du système d'information ? Comment organiser le système d'information autour des processus de soins ? Comment accompagner le changement ? Ces trois questions sont centrales pour les établissements de santé et les premières réponses commencent à y être apportées. Avec les acteurs engagés dans la modernisation de leur système d'information hospitalier et les organismes qui guident ces évolutions par leurs référentiels et recommandations, Décision Santé repère les bonnes pratiques qui émergent d'ores et déjà, pour construire les systèmes d'information de la prochaine décennie. L'heure est en tout cas au rassemblement, à la mutualisation, au partage d'expériences. La conviction que les technologies de l'information et de la communication doivent prendre leur part dans la transformation du système de santé s'enracine dans la société tout entière. S'il en fallait une preuve supplémentaire, elle est apportée par ce texte commun pensé par des professionnels engagés (p. 4 et 5) qui formulent leurs "10 recommandations" à l'attention du nouveau gouvernement.

BUISSON (Guillemette)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Redressements du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.
Paris : Drees
SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES
2005/03
N° : 80
Pages : 31p., 4 ann., 1 graph., 8 tabl.
La base de données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI-MCO) rassemble, depuis 1997, la totalité des séjours hospitaliers de soins de courte durée en Médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), réalisés en France. Elle a d'abord été mise en place et recueillie par la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS), puis, depuis 2000, par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). L'ATIH devrait transmettre à la Drees en fin d'année n+1 la base PMSI-MCO de l'année n. Construite dans un objectif budgétaire, la richesse de cette base permet aussi de quantifier et d'expliquer l'activité hospitalière, ou encore la morbidité des patients hospitalisés au moyen de critères médicaux (diagnostics, actes chirurgicaux…) mais aussi à partir de données démographiques (âge, sexe…), d'en voir les évolutions, les composantes régionales, départementales... Toutefois certains redressements sont nécessaires pour permettre ces études. Ce document présente les deux principaux redressements appliqués depuis 1998. Au niveau des établissements d'abord, certains séjours hospitaliers sont absents de cette base pour deux raisons : certains établissements ne répondent pas (non-réponse totale de l'établissement), et certains établissements répondants répondent partiellement (non-réponse partielle de l'établissement). Les parts de ces deux types de non-réponse diminuent avec le temps et il est donc nécessaire de corriger le PMSI pour pouvoir faire des comparaisons temporelles dépourvues de ce biais. La première partie de ce document décrira donc la méthode de redressement utilisée pour corriger ce défaut

d'exhaustivité. Au niveau des séjours ensuite, certaines variables sont manquantes ou erronées et font l'objet de redressements. Pour un certain nombre de séjours notamment, le département de résidence n'est pas renseigné, ou est renseigné de façon imprécise ou erronée. Pour pouvoir effectuer des études à ce niveau géographique (étudier la morbidité des patients selon leur département de résidence par exemple) il convient de redresser cette variable. Pour cela le département de résidence a été imputé sur les séjours où il est inconnu ou imprécis. Cette imputation est le principal redressement effectué chaque année sur la non-réponse partielle des séjours. La seconde partie de ce document décrit la méthode d'imputation retenue (Résumé d'auteur).
http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat80.pdf

Centre National de l'Expertise Hospitalière. (C.N.E.H.). Paris. FRA
Volume 1 : le PMSI aujourd'hui, de la planification aux utilisations internes.
TECHNOLOGIE ET SANTE
1999/11
N° : 39
Pages : 111p., graph., tabl.
Au travers de deux numéros, le CNEH souhaite faire le point sur l'outil PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). Les lecteurs pourront trouver des éclaircissements méthodologiques, appréhender ses limites d'utilisation, connaître les évolutions prévisibles et attendues, et aborder les enjeux de l'harmonisation du financement entre les structures privées et publiques. Ce premier volume rassemble des articles de réflexion, la plupart en relation avec l'élaboration des SROS de seconde génération, qui traitent de l'utilisation du PMSI : réallocation budgétaire, analyse de l'activité médicale, régulation de l'offre, planification... Il aborde également l'utilisation interne du PMSI dans les établissements de soins : du plateau technique à la chirurgie ambulatoire et propose des réflexions transversales comme le projet de gestion. A noter en fin de document la présence d'un glossaire développant tous les sigles relatifs au PMSI.

Centre National de l'Expertise Hospitalière. (C.N.E.H.). Paris. FRA
Volume 2 : les évolutions du PMSI : de l'outil au financement.
TECHNOLOGIE ET SANTE
1999/12
N° : 40
Pages : 100p., graph., tabl.
Au travers de deux numéros, le CNEH souhaite faire le point sur l'outil PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). Les lecteurs pourront trouver des éclaircissements méthodologiques, appréhender ses limites d'utilisation, connaître les évolutions prévisibles et attendues, et aborder les enjeux de l'harmonisation du financement entre les structures privées et publiques. Ce second volume ouvre le débat entre les acteurs de terrain et les principaux responsables de la mise en oeuvre du PMSI (Mission PMSI PERNNS, FHF, FEHAP) sous la forme de questions-réponses. Des thèmes variés sont abordés : séjours hors normes, analyse comparative public/privé, chaînage des patients, valorisation de l'enseignement et de la recherche. Par ailleurs, les acteurs concernés (Direction des Hôpitaux, FHF, FIEHP, FEHAP, UHP, AXA, La Mutualité Française, la FNCLCC, les Conférences...) ont été invités à convier leur point de vue concernant l'harmonisation de la tarification public/privé.

CHOMETTE (E.), BURETTE (M.A.), DESGEORGES (G.), FERROUD-PLATTET (B.), LOPEZ (A.), ALEXANDRE (L.), BOUCHET (C.), BOURGEY (C.), DE JONG (O.), HEBBRECHT (G.), BORELLA (L.), MAYEUX (D.), FOURQUET (F.), DEMONT (F.), CATTELIN (P.), BONTEMPS (G.), et al.
Le PMSI aujourd'hui : de la planification aux utilisations internes.
TECHNOLOGIE ET SANTE

1999/11
Vol : 1 N° : 39
Pages : 111p.
[BDSP. Notice produite par ENSP R0xnVm69. Diffusion soumise à autorisation]. Dans les 2 premières parties de ce dossier les sujets suivants sont développés : Comparaisons interrégionales ou inter-établissements (de l'étude de coûts au mécanisme de réallocation budgétaire), PMSI & planification, la place du PMSI dans l'analyse de l'activité médicale, recomposition de l'offre de soins hospitaliers (quel éclairage attendre des systèmes d'informations actuels ?), les spécificités du PMSI pour l'hospitalisation privée lucrative (exemple d'utilisation du PMSI dans la régulation de l'offre en cancérologie), extension de l'utilisation du PMSI aux soins de suite ou de réadaptation, utilisation du PMSI en épidémiologie, intégration de l'activité non médicale dans le PMSI pour répondre à la problématique de la fiabilité des critères d'affection des ressources, la qualité à quel prix ? analyse de la pertinence des critères retenus par des journalistes de la presse grand public en vue d'établir un palmarès des cliniques privées, la chirurgie ambulatoire dans le PMSI, le projet de gestion, PMSI et réanimation, les ICR (méthodologie, utilisation, limites), le catalogue des actes médicaux et l'activité des plateaux techniques, PMSI et psychiatrie (quelles orientations ?), harmoniser l'utilisation du PMSI (rôle du collège régional de l'information médicale).

BURETTE (M.A.), DUBOIS (J.), HERLICOVIEZ (D.) et al
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction des Hôpitaux. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Le PMSI : bilan, actualité et perspectives après 15 ans d'évolution : première partie.
LETTRE D'INFORMATIONS HOSPITALIERES (LA)
1999/08
N° : 35
Pages : 60p.
Une première partie présente le dispositif déployé. Le PMSI est un outil d'allocation de ressources et de réduction des inégalités. Les principes fondamentaux sont exposés.Bilan est fait de son utilisation à des fins d'allocation de ressources dans les établissements sous dotation globale de fonctionnement. Quelle est la place du PMSI dans le système d'information des établissements de santé ? Est-il une contrainte nouvelle ou une chance pour le système d'information ? Plusieurs articles abordent l'évaluation du PMSI, par les acteurs, les utilisateurs, la Cour des Comptes. Une deuxième partie présente les développements en cours. Les outils de description de l'activité médicale sont évoqués : la classification commune des actes des professionnels de santé, la classification GHM, puis les outils de l'allocation budgétaire.

BURETTE (M.A.), DUBOIS (J.), HERLICOVIEZ (D.) et al
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction des Hôpitaux. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Le PMSI : bilan, actualité et perspectives après 15 ans d'évolution : première partie.
LETTRE D'INFORMATIONS HOSPITALIERES (LA)
1999/08
N° : 35
Pages : 60p.
Une première partie présente le dispositif déployé. Le PMSI est un outil d'allocation de ressources et de réduction des inégalités. Les principes fondamentaux sont exposés.Bilan est fait de son utilisation à des fins d'allocation de ressources dans les établissements sous dotation globale de fonctionnement. Quelle est la place du PMSI dans le système d'information des établissements de santé ? Est-il une contrainte nouvelle ou une chance pour le système d'information ? Plusieurs articles abordent l'évaluation du PMSI, par les acteurs, les utilisateurs, la Cour des Comptes. Une deuxième partie présente les développements en cours. Les outils de description de l'activité médicale sont évoqués : la

classification commune des actes des professionnels de santé, la classification GHM, puis les outils de l'allocation budgétaire.

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.), Direction des Hôpitaux. (D.H.). Paris. FRA
L'informatique hospitalière en 1996 (situation au 31 décembre 1996) : enquête nationale auprès des établissements publics de santé et des structures régionales d'informatique hospitalière.
INFORMATIONS HOSPITALIERES
1998/11
N° : 50 Pages : 128p.
Les enquêtes sur l'informatique hospitalière menées par la Direction des Hôpitaux ont pour objet de fournir à intervalle régulier une vision synthétique de l'informatique hospitalière, ainsi que de suivre sa progression au fil du temps. Ce document présente la synthèse des résultats puis les complète par des analyses plus fines en respectant la structure des questionnaires EPS destinés aux établissements publics de santé et SRI destinés aux structures régionales. Cette enquête est par ailleurs axée sur les différents métiers de l'hôpital. Il s'agit en effet de connaître le degré d'utilisation effective de l'informatique dans les différentes unités qui constituent l'hôpital, en détaillant les fonctionnalités offertes par les logiciels.

CHODORGE (M.), BALDENWECK (M.), BONNEVILLE (O.) et al
Les systèmes d'information : des enjeux stratégiques.
ECHANGES SANTE-SOCIAL
1997/12-1998/03
N° : 88-89
Pages : 133p.
Ce numéro reflète la diversité des préoccupations en matière de système d'information dans les domaines sanitaires et sociaux. L'informatisation du système de santé avance rapidement. Le choix des technologies internet pour la construction du réseau santé social en est l'illustration. Les principes d'ouverture et de transparence de l'information posés par le réseau internet modifient les pratiques. Le développement du travail en réseau transforme radicalement les modes de fonctionnement. La stratégie système d'information est abordée à travers divers articles : le schéma directeur des systèmes d'information de l'administration sanitaire et sociale, la sécurité et la veille sanitaire, les réseaux sanitaires et sociaux, la vision de l'hôpital, l'utilisation des nouvelles technologies.

BARJOU (C.H.)
Le PMSI : analyse médico-économique de l'activité hospitalière.
LETTRE D'INFORMATIONS HOSPITALIERES
1996/05
Pages : 72p., tabl.

MAYEUX (D.)
Médicalisation du système d'information hospitalier.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
1995/10
Vol : 13 N° : 6
Pages : 286p.
[BDSP. Notice produite par ORS-RA YR0x6iSg. Diffusion soumise à autorisation]. Cet éditorial présente un numéro spécial du Journal d'Economie Médicale, consacré à la médicalisation du système d'information hospitalier. La plupart des articles de ce numéro sont issus des communications présentées lors des Journées Nationales de l'Information Médicale dans les Etablissements Hospitaliers Publics ou Privés (printemps 1995).

MAYEUX (D.), METRAL (P.), QUANTIN (C.)
Spécial médicalisation du système d'information hospitalier.
JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE
1995/10
Vol : 13 N° : 6
Pages : 348p.

MINISTERE DE LA SOLIDARITE - DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE
Dossier P.M.S.I. et coûts hospitaliers
INFORMATIONS HOSPITALIERES
1992/05
N° : 9
Pages : 8 p.
Dossier consacré à la présentation du P.M.S.I. (Projet de Médicalisation des Systèmes d'Informations en France et ses conséquences sur le calcul des coûts hospitaliers dans les secteurs public et privé.

Réglementation hospitalière

Ouvrages, rapports, working papers

L'usager et le monde hospitalier.
PONCHON (F.),BONNET (X.)
A4557
Rennes : Presses de l'EHESP, 2014
http://www.amazon.fr/Lusager-monde-hospitalier-fiches-comprendre/dp/2810900566
Le mouvement de démocratie sanitaire en cours nécessite des outils pour mieux décrypter le fonctionnement hospitalier dans sa diversité et sa complexité. Les auteurs de L'usager et le monde hospitalier clarifient les notions essentielles pour comprendre l'hôpital. Les 50 fiches proposées couvrent trois grands thèmes : l'usager et l'hôpital, intégrant l'ensemble des dispositions sur les droits des personnes malades et la représentation de celles-ci dans les systèmes de soins, l'organisation hospitalière en général et en interne, la place de l'hôpital dans le système de santé afin de répondre au mieux aux besoins de santé et aux missions fixées par les autorités sanitaires. Chaque fiche propose d'abord une synthèse du sujet. La rubrique " Problématique actuelle " fournit les clés indispensables pour situer le contexte : enjeux, réformes en cours... Les compléments bibliographiques et un choix de sites Web permettent d'aller plus loin. Cette 5e édition, revue entièrement, intègre les dernières évolutions législatives et réglementaires, notamment les dispositions nombreuses de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Un ouvrage destiné aux usagers de l'hôpital comme aux professionnels de santé, aux étudiants en médecine et en soins infirmiers. Et aux candidats aux concours spécialisés de la fonction publique (4e de couverture).

La responsabilité médicale depuis la loi du 5 juillet 2011.
Ascodocpsy.Lyon. FRA
c,En ligne
Lyon : Ascodocpsy, 2014
http://www.ascodocpsy.org/la-responsabilite-medicale-depuis-la-loi-du-5-juillet-2011
La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge vient réformer la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation. Elle

modifie en effet en profondeur les conditions de prise en charge de ces personnes. Ce dossier bibliographique contient un rappel des textes législatifs et juridiques, la jurisprudence et des références bibliographiques.

Service public et santé. Actes du colloque.
TABUTEAU (D.)
A4458
Paris : Editions de Santé ; Les Presses de SciencesPo , 2013
http://www.pressesdesciencespo.fr/fr/livre/?GCOI=27246100256820
Le concept de service public qui a, pendant longtemps, constitué le socle du développement des interventions de la puissance publique, paraît aujourd'hui malmené parles transformations de l'action publique, les tensions macroéconomiques et les exigences du droit européen. Sur le champ de la santé, le service public n'a trouvé ses marques que tardivement. Au-delà des missions traditionnelles de police sanitaire, les services publics de prévention n'ont été développés qu'avec parcimonie et le service public hospitalier ne s'est constitué qu'à partir de 1958, avant d'être consacré parla loi Boulin de 1970. Quant à l'assurance maladie, elle s'est inscrite, dès son origine, dans le contexte singulier de la démocratie sociale. Les évolutions législatives et économiques de la dernière décennie ont remis en cause la conception et l'organisation des services publics de santé. Les contributions réunies dans cet ouvrage, à l'occasion du colloque organisé parla chaire Santé de Sciences Po et l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes en juin 2012, permettent de s'interroger sur la pertinence et la portée, en 2012, des principes du service public en matière de santé et d'analyser les mutations de la gestion des services publics de soins. Elles invitent ensuite à examiner les conséquences de la tourmente dans laquelle se trouvent actuellement les services publics de santé et à approfondir la réflexion sur leur avenir (4e de couverture).

Refus de soins et actualités sur les droits des malades.
A4326
Rennes : Presses de l'EHESP, 2012
http://www.presses.ehesp.fr/sante-publique/observatoire-des-droits-et-responsabilites-des-personnes-en-sante/Details/287/21/sante-publique/observatoire-des-droits-et-responsabilites-des-personnes-en-sante/refus-de-soins-et-actualites-sur-les-droits-des-malades.html
L'Institut Droit et Santé de l'université Paris-Descartes, en tant que partenaire de la Conférence nationale de santé, contribue au travail sur l'état des droits des malades commencé en 2008. En 2010, s'appuyant sur les axes directeurs révélés par l'analyse des rapports des conférences régionales, l'Institut Droit et Santé a organisé sa contribution autour du thème du refus de soins des professionnels de santé. Les auteurs présentent d'abord une typologie destinée à déterminer l'ampleur des pratiques de refus, leurs formes et leurs motifs. Ils se livrent ensuite à une étude des différentes règles de droit dans lesquelles s'insèrent ces situations. La seconde partie de l'ouvrage rassemble les recommandations formulées par l'Institut pour assurer la promotion et la défense des droits des usagers, autour de quatre thèmes?: le droit à l'information, l'accès aux soins, l'élargissement du droit des malades au secteur médico-social et l'accroissement du rôle des conférences régionales de santé dans l'amélioration du droit des usagers.

POINSOT (O.)
Guide de la jurisprudence sociale et médico-sociale de la Cour nationale de la tarification sanitaire : du 9 novembre 2007 au 8 avril 2011.
Pratiques professionnelles.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
2012
Pages : 86p., tabl., index

Depuis la réforme entreprise par l'ordonnance n° 2005-1088 du 1er septembre 2005, la Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale (CNTSS) s'est engagée dans une production jurisprudentielle qui éclaire le nouveau droit budgétaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), définissant les contours de notions aussi fondamentales que celles de nécessité du fonctionnement normal de l'établissement, de caractère injustifié ou excessif d'une dépense, d'opposabilité d'une dotation limitative, de convergence budgétaire ou encore d'opposabilité des charges de personnel générées par l'application des accords collectifs de travail agréés. Conçu pour être un outil de travail efficace, cet ouvrage rend compte de manière concrète de ces apports jurisprudentiels, capitaux à l'heure où les autorités de tarification recherchent la plus grande rationalisation possible des ressources. Pour la période du 9 novembre 2007 au 8 avril 2011, chaque arrêt a été soigneusement lu et analysé ; chacune des cent quatrevingt-quinze solutions jurisprudentielles jugées intéressantes a été isolée et exprimée sous la forme de quelques phrases (4e de couverture).

Ministère chargé de la Santé. Paris. FRA
Rapport 2011 sur les droits des usagers : pour une approche convergente des droits des usagers dans le système de santé (Conférence nationale de la santé).
Paris : Ministère chargé de la santé
2011
Pages : 23p.
Après un aperçu sur l'évolution des droits des malades en France, ce rapport aborde ce concept sous l'angle de l'accessibilité aux soins : accessibilité financière, accessibilité géographique, accessibilité en termes de qualité. L'accès à la santé s'entend au sens large : éducation à la santé, prévention, soin, accompagnement du handicap ou de la perte d'autonomie.

GALLET (B.)
La coopération dans les secteurs sanitaire, social et médico-social : à jour de la loi "Fourcade" du 10 août 2011.
Guides d'exercice professionnel des établissements sanitaires et médico-sociaux.
Paris: Heures de France
2011
Pages : 213p.
Le développement de la coopération dans le secteur de la santé, considérée dans son acception la plus large, du soin technique à l'action sociale, est un des enjeux majeurs de la prise en charge de demain. Le présent livre propose de recenser de façon précise et argumentée l'ensemble des outils juridiques créés au fil des réformes sanitaires et sociales. L'étude comporte conjointement une réflexion sur les orientations qui requièrent d'être désormais adoptées afin d'en perfectionner le contenu. Il s'agit de favoriser une utilisation optimale de ces outils par les acteurs, promoteurs de réseaux et professionnels en charge du développement de projets de coopération. L'ouvrage, particulièrement documenté, intègre les textes les plus récents, notamment une étude des apports de la loi du 21 août 2009, dite « HPST » et de ses textes d'application, ainsi que de la loi du 10 août 2011, dite « Fourcade ». Sa portée résolument pratique en fait un guide indispensable pour les promoteurs d'actions de coopération et une source d'information précieuse pour toute personne intéressée par la coopération dans le champ sanitaire, social et médico-social.
http://www.heuresdefrance.com/product_info.php/cPath/52_48/products_id/215

DEVREESE (E.)
Droit de la santé et réformes hospitalières.
Vie professionnelle.
Paris : Ediitons Demos
2011

Pages : 368p., tabl.
"Tordant le cou" à de nombreuses idées reçues grâce à des points de vue originaux, l'auteur de cet ouvrage présente l'hôpital moderne, en le replaçant dans le contexte de la mondialisation et de la crise des finances publiques. L'hôpital français est ainsi envisagé sous "toutes ses coutures" : le contexte à travers une triple approche comparative, historique, économique, l'environnement-planification, régionalisation, coopération - et le fonctionnement interne (instances de décision et de concertation, qualité et certification). Cet ouvrage est le premier o à présenter la nouvelle donne hospitalière issue de la réforme générale des politiques publiques (RGPP) et de la loi hôpital, patient, santé, territoire du 21 juillet 2009 (4e de couverture).

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.
Bulletin officiel n° 2011/6 bis, Fascicule spécial.
Paris : Ministère chargé de la Santé
2011
Pages : 120p.
Le présent guide, applicable à partir du 1er mars 2011, constitue l'annexe II de l'arrêté du 7 février 2011 modifiant l'arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique (arrêté « PMSI-MCO »). Il annule et remplace la version précédente du Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie et obstétrique et odontologie (Bulletin officiel spécial n° 2010/5 bis).

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile.
Bulletin officiel n° 2011/7 bis. Fascicule spécial.
Paris : Ministère chargé de la Santé
2011
Pages : 153p.
Le présent guide, applicable à partir du 1er mars 2011, constitue l'annexe de l'arrêté du 7 février 2011 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement (arrêté « PMSI-HAD »). Il annule et remplace le Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile (Bulletinofficiel spécial n° 2010/6 bis).

FERRAUD-CIANDET (N.)
Droit de la télésanté et de la télémédecine : à jour du décret du 19 décembre sur la télémédecine.
Collection Droit professionnel.
Paris : Editions Heures de France
2011
Pages : 158p.
Cote Irdes : A4219
Les applications de télésanté s'étendent chaque jour et incluent notamment : la gestion des données de santé, la prescription en ligne, la télémédecine, la téléassistance, la téléchirurgie. Vous trouverez dans cet ouvrage des conseils qui vous permettront de passer des intentions aux actes et de développer ainsi un système de santé basé sur les nouvelles

technologies de l'information et de la communication (NTIC). Avec l'appui du gouvernement, l'infrastructure des données de santé, le soutien de l'Agence des systèmes d'information de santé (ASIP Santé) et le lancement d'appels à projets dans le cadre du grand emprunt, la télésanté émerge rapidement comme l'un des secteurs les plus dynamiques de l'industrie des soins de santé. Cette industrie fortement réglementée, de plus en plus dépendante des NTIC, confronte les professionnels à des questions juridiques nouvelles. Centré sur la protection des applications de télésanté et la responsabilité médicale, ce livre s'adresse à la fois aux industriels du secteur et aux professionnels de santé. Les premiers y trouveront des orientations concernant la conception et l'exploitation des produits et services de télésanté. Les seconds percevront comment la télésanté s'inscrit dans leur pratique, qu'elle soit libérale, salariée ou au sein du service public hospitalier, et les responsabilités encourues (4e de couverture).
http://www.lgdj.fr/guides-pratiques/2335328/droit-telesante-telemedecine?_IDPrv=ID00022

HONTEBEYRIE-SOULIE (C.), PONCHON (F.)
L'usager et le monde hospitalier : 50 fiches pour comprendre.
Rennes : Editions ENSP
2011
Pages : 239p.
Le mouvement de démocratie sanitaire en cours nécessite des outils pour mieux décrypter le fonctionnement hospitalier dans sa diversité et sa complexité. Les auteurs de L'usager et le monde hospitalier clarifient les notions essentielles pour comprendre l'hôpital. Les 50 fiches proposées couvrent trois grands thèmes : l'usager et l'hôpital, intégrant l'ensemble des dispositions sur les droits des personnes malades et la représentation de celles-ci dans les systèmes de soins, l'organisation hospitalière en général et en interne, la place de l'hôpital dans le système de santé afin de répondre au mieux aux besoins de santé et aux missions fixées par les autorités sanitaires. Chaque fiche propose d'abord une synthèse du sujet. La rubrique "Problématique actuelle" fournit les clés indispensables pour situer le contexte : enjeux, réformes en cours... Les compléments bibliographiques et un choix de sites Web permettent d'aller plus loin. Cet ouvrage intégre les dernières évolutions législatives et réglementaires, notamment les dispositions nombreuses de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

CLEMENT (J.M.)
Précis de droit hospitalier. A l'usage de ceux qui n'aiment pas le droit mais veulent comprendre le système hospitalier.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
2011
2ème édition : Pages : 196p.
Le droit hospitalier s'impose à tous les usagers et à toutes les catégories de personnels de l'hôpital. Plutôt que de l'ignorer, il est plus prudent de le connaître. L'art du professeur Jean-Marie Clément, dont des générations d'étudiants ont pu apprécier la clarté de l'exposé, est de rendre limpide ce qui peut être facilement ardu. Cette édition propose une mise à jour qui prend en compte la nouvelle loi HPST (résumé d'auteur).

MOQUET-ANGER (M.L.)
Droit hospitalier.
Manuels.
Paris : LGDJ ; Paris : Extenso éditions
2010
Pages : 520p., index
Cet ouvrage a pour objet la présentation et l'analyse de l'ensemble des règles juridiques encadrant l'activité des établissements de santé publics comme privés. Aujourd'hui le droit hospitalier recouvre un champ d'application qui dépasse la sphère des établissements publics, communément appelés hôpitaux et d'où il tire son appellation. L'ambition de ce

Manuel est par conséquent d'exposer l'ensemble des règles communes qui encadrent l'activité de tous ces établissements tout en soulignant les différences résultant de leur nature juridique et des diverses modalités d'exercice des professions de santé. A jour de la loi " Hôpital, patient, santé, territoire " du 21 juillet 2009 et des premiers décrets d'application au 31 décembre 2009, ce Manuel est articulé en trois parties. La première présente le système de santé dans lequel les établissements de santé occupent une place prépondérante. La deuxième aborde les règles relatives à l'encadrement des activités des établissements ainsi qu'à leurs modalités de gestion et aux statuts des personnels. La troisième spécialement consacrée au patient hospitalisé explique les droits et obligations des personnes, sujets et acteurs de l'activité hospitalière, et des responsabilités qui en découlent. Enseigné en première et deuxième année de master de droit, le droit hospitalier présente aujourd'hui un contenu particulièrement riche : outre une dimension institutionnelle incontournable, il offre un contenu matériel dense et stimulant, à la croisée du droit objectif et des droits subjectifs, du droit écrit et des sources jurisprudentielles, du droit privé et du droit public. Ce manuel est destiné aux étudiants qui souhaitent devenir gestionnaires d'établissements de santé, ou avocats spécialisés en responsabilité médicale ou encore intégrer la fonction publique hospitalière. Il est destiné également aux professionnels juristes et non juristes ainsi qu'aux représentants des usagers du système de santé qui trouveront les clefs pour mieux appréhender ce secteur de l'activité économique et sociale en pleine mutation (4e de couverture).

Ministère chargé de la Santé. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA, Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Sociaux. (A.N.A.P.). Paris. FRA
La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre.
Paris : Ministère chargé de la Santé ; Paris : ANAP
2010
Pages : 162p.
Ce guide vise à permettre aux professionnels concernés de comprendre les volets de la loi relatifs à l'hôpital et aux ARS qui ont déjà fait l'objet de plus de 90 décrets et arrêtés d'application. Il regroupe 47 fiches pédagogiques, réparties dans trois chapitres portant sur l'organisation interne de l'hôpital, les apports d'HPST dans le système de santé régional et l'organisation de l'offre de soins, la coopération entre établissements de santé.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf

Droit et santé.
Rennes : Editions EHESP
2009
Pages : 391p.
La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est appelée à modifier en profondeur le système de santé français. Les quatre titres de la loi : Modernisation des établissements de santé, Accès de tous à des soins de qualité, Prévention et santé publique et Organisation territoriale du système de santé font ici l'objet de commentaires rédigés sous la direction d'Édouard Couty, Anne Laude, Camille Kouchner et Didier Tabuteau. Chaque commentaire retrace l'évolution des principales dispositions, au regard de la législation précédente et des débats parlementaires, et s'inscrit dans la perspective des évolutions du système de santé. Ces commentaires sont eux-mêmes prolongés par le regard d'auteurs qui, à l'instar de Claude Evin, Michel Legmann, Jean-Marie Bertrand et bien d'autres éminents spécialistes des questions de santé, livrent leurs réflexions personnelles sur le sujet (4e de couverture)..

CHABOT (J.M.)
Loi HPST : analyse & arguments.
Pratique santé.
Paris : Global Médical Santé
2009

Pages : 174p., tabl., graph.
Cet ouvrage se compose de quatre chapitres, correspondant aux quatre titres de la loi Hôpital Patients Santé Territoires – HPST, et pour chacun de ces quatre chapitres, de deux points complémentaires. D'abord, en ouverture de chapitre, un résumé analytique des articles (au total, 135) et des dispositions attenantes contenues dans la loi. Ce résumé signale en particulier les décrets et autres textes d'application qui doivent être publiés en aval du texte légal. A l'évidence, ce résumé analytique est d'une lecture plus aisée que les 91 feuillets du Journal officiel. Ensuite, immédiatement après le résumé analytique, une série de textes courts, qui illustrent et mettent en perspective – comme tenu de la réalité française – l'une ou l'autre des dispositions légales qui viennent d'être évoquées dans le résumé analytique (D'après la note au lecteur.)

LHUILLIER (Jean-Marc)
Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.
Rennes : Presses de l'EHESP
2009
4e édition
Pages : 272p.
La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale promeut le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. De nombreux droits fondamentaux ou particuliers sont affirmés par cette loi qui doit être replacée dans le cadre des politiques élaborées par les pouvoirs publics, comme par exemple la politique de lutte contre les mauvais traitements dans les institutions. Ces droits correspondent à autant d'obligations pour les responsables qui doivent implanter rapidement de nombreux outils relevant souvent de la discipline juridique : charte, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, conseil de la vie sociale, appel à une personne qualifiée... Cet ouvrage a pour objectif d'aider les responsables d'établissements, les usagers et tous les acteurs sociaux à élaborer et mettre en oeuvre ces nouvelles normes juridiques. Cette 4ème édition prend en compte les nouveautés apportées par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Elle intègre également les évolutions de la jurisprudence et les précisions qui affinent décret par décret les droits de certains usagers comme les travailleurs handicapés, les personnes hébergées dans les CHRS et les majeurs protégés.

CLEMENT (J.M.)
La nouvelle loi Hôpital patients santé et territoires : analyse critique et perspectives.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
2009
Pages : 131p.
La nouvelle loi n° 2009-879, du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, va bien au-delà du domaine hospitalier, elle concerne l'ensemble du champ sanitaire et médico-social. Ses 135 articles sont d'un abord difficile tant le législateur veut être précis, or il est bien trop prolixe. Beaucoup des lecteurs de ces 40 pages du Journal officiel du 22 juillet 2009 ont été découragés par l'aspect extrêmement aride de cette nouvelle loi. Il faut bien avouer qu'elle modifie énormément d'articles du Code de la santé, mais aussi du Code de la sécurité sociale, du Code de l'action sociale et des familles. La loi HPST est une grande loi de santé publique : pour ou contre, il est indéniable que chacun sera frappé par la volonté du législateur d'impliquer l'État dans l'offre égalitaire et de qualité des soins. De la prévention aux soins chroniques toutes les facettes de l'offre de soins sont concernées et l'État devient le véritable chef d'orchestre de toutes les professions de santé et de tous les offreurs de soins. L'État, par ses services déconcentrés en région, regroupés en agences régionales de santé, va donc régenter l'ensemble du sanitaire et du médico-social. Le lecteur appréciera l'esprit synthétique, mais aussi clair, pour mieux appréhender les différents articles de cette loi, au demeurant importante pour l'organisation de l'offre de soins. Délibérément non exhaustif, l'auteur

considère que la compréhension globale prédomine sur l'étude micro-juridique, certes inévitable, mais actuellement prématurée, puisque les décrets et arrêtés d'application sont loin d'être prêts à être publiés. Fallait-il attendre un ou deux ans pour disserter sur cette nouvelle loi ? Non, assurément, car il est déjà plus qu'opportun de permettre à chacun de nos lecteurs de situer cette loi dans la saga des lois hospitalières de ces cinquante dernières années et de comprendre la logique techno-scientifique de ceux qui sont à l'origine de notre système de santé.

PELLET (R.), SKZRYERBAK (A.)
Leçons de droit social et de droit de la santé.
Manuel intégral concours.
Paris : Editions Sirey-Dalloz
2009
Pages : 642p., tabl.
Les sujets des leçons sont tirés des programmes officiels des concours et traitent du droit du travail et des politiques de l'emploi (contrat de travail, normes collectives, marché du travail), de l'organisation et du financement de la protection sociale (sécurité sociale, régimes complémentaires, assurance chômage, aide et action sociales), du droit et des politiques de la santé (médecine libérale, établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, tarification, planification et régionalisation). L'ouvrage prend en compte les réformes les plus récentes : loi du 25 juin 2008 sur la modernisation du marché du travail, loi constitutionnelle du 23 juillet 2008, loi du 1er août 2008 sur les droits et devoirs des demandeurs d'emploi, loi du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie socialeL'ouvrage s'adresse à tous les candidats ayant à passer une épreuve écrite (note de synthèse, note sur dossier, dissertation) ou orale de droit social ou de droit de la santé d'un concours administratif ou judiciaire (ENA, concours des assemblées, IRA, ENM...), social (EN3S, inspection du travail...), sanitaire et médico-social (EHESP...) ainsi qu'à tous les étudiants ayant une épreuve de ce type.

WILLIATE-PELLITTERI (L.), GARDEIL (V.), TESSIER (B.)
Le guide HPST.
Paris : Lexanté ; Paris : Santexel
2009
Pages : 198p.
Ce guide permet d'appréhender rapidement les dispositions de la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST). Par une lecture simple de ce guide il est possible de maîtriser les principales thématiques de la loi HPST : la nouvelle organisation des soins optimisée pour les patients (offre de soins de qualité, parcours de soins...), la nouvelle organisation territoriale (ARS) permettant une meilleure complémentarité entre les acteurs du monde de la santé, l'évolution de la notion de service public, la modification du fonctionnement des établissements de santé par la création de nouvelles formes de coopération mais aussi par la nouvelle gouvernance (avec de nouveaux acteurs) centrée sur le projet médical d'établissement.

PAIN-MASBRENIER (M.T.), NICOLEAU (P.)
Guide pratique des lois du 2 janvier 2002 et du 4 mars 2002 : comparaison entre les droits des malades et les droits des usagers.
Pratiques professionnelles.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
2009
Pages : 271p.
La loi n° 2002-2, du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, a transformé en profondeur les pratiques dans les établissements et services de ce secteur. De son côté la loi n ° 2002-303, du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a bouleversé le rôle de chacun à l'hôpital en instituant de nouveaux droits en faveur de la personne malade. Cette première étude comparée de ces deux textes

fondamentaux apporte un éclairage neuf sur les pratiques dans les différents établissements concernés.

IRIES (R.)
Sénat. Commission des Affaires Européennes. Paris. FRA
Rapport d'information sur les droits des patients en matière de soins de santé frontaliers.
Rapport d'information ; 230
Paris : Sénat
2008
Pages : 35p.
Ce rapport, après avoir dressé un état de la mobilité des patients et de leurs droits dans l'Union européenne, présente les dispositions de la proposition de directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Les difficultés soulevées par cette proposition de directive, qu'il s'agisse de son champ d'application, de problèmes d'équité, du respect du principe de subsidiarité ou de préoccupations relatives à la sécurité juridique, sont suffisamment importantes pour conduire à remettre en question certaines des propositions de la Commission. Dès lors, la commission des affaires européennes du Sénat, sur le fondement de l'article 88-4 de la Constitution, a déposé une proposition de résolution sur ce texte.
http://www.senat.fr/rap/r08-230/r08-2301.pdf

CLEMENT (J.M.)
Précis de droit hospitalier. A l'usage de ceux qui n'aiment pas le droit mais veulent comprendre le système hospitalier.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
2008/05
Pages : 206p.
Le droit hospitalier s'impose à tous les usagers et à toutes les catégories de personnels de l'hôpital. Plutôt que de l'ignorer, il est plus prudent de le connaître. L'art du professeur Jean-Marie Clément, dont des générations d'étudiants ont pu apprécier la clarté de l'exposé, est de rendre limpide ce qui peut être facilement ardu (résumé d'auteur).

CLEMENT (J.M.)
Dictionnaire des principaux sigles du droit et de l'administration hospitalière - 4ème édition revue et mise à jour.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
2008/02
Pages : 290p., index
Le vocabulaire de la langue hospitalière devient chaque jour plus technique, au point que, quittant la France pendant quelques mois, ceux qui y reviennent ne comprennent plus certains propos tant ils sont émaillés de nouveaux sigles. Cette quatrième édition actualisée du dictionnaire, enrichie par de nouvelles définitions, propose une liste d'abréviations se rapportant au domaine hospitalier classées par ordre alphabétique. Chaque sigle est développé, suivi de son historique, d'une définition avec des renseignements détaillés.

PELJAK (D.)
La gestion de pôle à l'hôpital.
Bordeaux : Les Etudes hospitalières
2007
Pages : 237p.
Les pôles d'activités sont désormais une réalité incontournable du fonctionnement des établissements publics de santé. Pour autant, les responsables de pôles n'ont pas toujours toutes les clés en main pour assurer la gestion de la structure dont ils ont la charge. Quelles sont les modalités d'élection des membres du conseil de pôle ? Comment évoluent les

missions des cadres supérieurs de santé ? Comment procéder à une contractualisation des objectifs et des moyens avec l'établissement ? Quelles sont les possibilités en matière d'intéressement ? Comment lire un compte de résultat de pôle ? Qu'est-ce qu'un tableau coût casemix de pôle ? Répondant à ces interrogations autour de 6 grands thèmes transversaux (l'encadrement du pôle; les outils de gestion du pôle; la délégation de gestion; les financements de l'hôpital et du pôle; les grands mécanismes budgétaires et comptables; la gestion des ressources du pôle), ce livre permet de connaître les éléments essentiels de la gestion d'un pôle à l'hôpital (4ème de couv.).

BONNICI (B.)
L'hôpital : obligation de soins, contraintes budgétaires.
Les Etudes de la Documentation française.
Paris : La Documentation française
2007
Pages : 188p.
Depuis quelque trente ans, l'hôpital est au cœur des réformes affectant le système de soins français. Cette place dans les préoccupations des gouvernants est justifiée tant par l'ampleur des missions et des obligations dévolues aux établissements de santé publics et privés que par le poids économique du secteur hospitalier, en termes d'emplois et de dépenses. Les besoins sanitaires croissants et les exigences de résultat exprimées par les malades obligent l'hôpital à se réformer profondément : en effet, son organisation administrative comme son fonctionnement médical et budgétaire sont soumis par la puissance publique à une contrainte économique de plus en plus forte. Les établissements publics, du fait de leur lourdeur, de leur complexité, mais aussi de la crise identitaire qu'ils traversent, répondent avec moins de souplesse d'organisation et de fonctionnement que les établissements privés, à la recherche constante de la productivité et de la rentabilité économique. et cet ouvrage a pour ambition de présenter à un large public l'organisation hospitalière, à l'heure où elle est confrontée à une multiplicité d'enjeux et de défis sanitaires, politiques, économiques, sociaux et démographiques.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues-collections/etudes-df/resume/hopital.shtml

LEGROS (B.)
L'euthanasie et le droit : état des lieux sur un sujet médiatisé : deuxième édition.
Essentiel
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
2006/12
Pages : 201p.
La revendication du droit à disposer de sa vie revient régulièrement en débat public. C'est souvent à l'occasion de cas d'"euthanasie médicale" et cela réduit la réflexion à une option manichéenne : souffrir ou se libérer de la souffrance par l'euthanasie. Le sujet est passionnel et cet ouvrage a pour objectif d'éclaircir le débat sur la prise en charge de la fin de vie par le droit en explicitant les rapports actuels du droit avec l'euthanasie et les " protocoles ". Il s'interroge, aussi, sur la nécessité d'instituer l'euthanasie en droit français. Cette deuxième édition est à jour de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ainsi que des issues judiciaires des affaires surmédiatisées. Elle comprend trois parties : Les rapports actuels entre l'euthanasie et le droit ; Les rapports entre les " protocoles " de la fin de vie et le droit ; Sur l'opportunité sociale de réformer la loi.

JOUNIN (N.), WOLFF (L.)
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.). Paris. FRA
Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé.
Rapport de recherche ; n° 32.
Noisy-le-Grand : Centre d'Etudes de l'Emploi
2006/04

Pages : 126p., tabl.
Ce travail vise à approfondir la connaissance des formes de hiérarchie, d'autorité et d'encadrement dans les hôpitaux, à partir d'un travail de terrain qualitatif et de l'enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé réalisée en 2003 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère chargé de la santé.
http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/fonctions_statuts_hierarchie_sante_32.pdf

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.). Paris. FRA
Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière.
Paris : MSSPS
2006/07
Pages : 99p.
Le présent document a pour objet d'exposer les principaux aspects de la réforme de l'organisation et du fonctionnement des établissements publics de santé couramment appelée " réforme de la gouvernance hospitalière ". A cet effet, il est articulé autour de trois chapitres respectivement consacrés à l'organisation administrative des établissements de santé (chapitre 1er), à leurs instances consultatives (chapitre 2) et à l'organisation interne de ces établissements (chapitre 3).
http://www.sante.gouv.fr/dossiers/gouvernance/gouvernance.pdf

BAUDURET (J.F.), JAEGER (M.)
Rénover l'action sociale et médico-sociale : histoires d'une refondation (à jour des décrets d'application de la loi du 2 janvier 2002).
réf. bibl.
Paris : Dunod
2005
Pages : 342p.
La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ne s'est pas contentée de réformer la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions. Elle a fait acte de refondation en organisant pour les quelque 32 000 établissements et services concernés des règles communes. Trois lignes directrices émergent de cette construction législative : la priorité donnée aux droits des personnes ; une diversification accrue des prises en charge et des accompagnements et l'introduction de l'évaluation de leur qualité ; une reconstruction plus rigoureuse des procédures de planification, d'autorisation, d'allocation des ressources et de contrôle. Pour mieux connaître ce texte refondateur et faciliter sa mise en oeuvre, les auteurs de cet ouvrage se sont fixés cinq objectifs : retracer la généalogie du secteur social et médico-social et l'historique de sa législation, témoigner des conditions d'élaboration d'une réforme du point de vue d'une administration centrale, présenter le contenu de cette réforme, ses principaux enjeux, le contexte dans lequel elle s'est construite et la teneur de ses décrets d'application, se livrer à un exercice de droit comparé avec la loi hospitalière, prendre en compte enfin l'incidence de ce cadre législatif et réglementaire sur les professionnels, les bénévoles, les acteurs et décideurs de terrain.

CLEMENT (J.M.)
Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours.
Bordeaux : Les Etudes hospitalières
2007
Pages : 95p.
Ce précis sera très certainement apprécié par tous ceux qui veulent comprendre le sens des réformes hospitalières. Il s'ouvre par une étude concise mais éclairante des diverses réformes depuis la Révolution de 1789. Il se poursuit par un examen critique - dans le meilleur sens du terme – des différentes réformes sous la Ve République : les ordonnances de décembre 1958, la loi du 31 décembre 1970 et celle du 31 juillet 1991, les ordonnances

du 24 avril 1996, du 4 septembre 2003 et du 2 mai 2005, sans oublier la loi du 4 mars 2002. Enfin cet opuscule se termine par une réflexion libre sur le sens de ces réformes (4ème de couv.)

BAUDURET (J.F.), JAEGER (M.)
Rénover l'action sociale et médico-sociale : histoires d'une refondation (à jour des décrets d'application de la loi du 2 janvier 2002).
réf. bibl.
Paris : Dunod : 2005 : 342p.
La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ne s'est pas contentée de réformer la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions. Elle a fait acte de refondation en organisant pour les quelque 32 000 établissements et services concernés des règles communes. Trois lignes directrices émergent de cette construction législative : la priorité donnée aux droits des personnes ; une diversification accrue des prises en charge et des accompagnemens et l'introduction de l'évaluation de leur qualité ; une reconstruction plus rigoureuse des procédures de planification, d'autorisation, d'allocation des ressources et de contrôle. Pour mieux connaître ce texte refondateur et faciliter sa mise en oeuvre, les auteurs de cet ouvrage se sont fixés cinq objectifs : retracer la généalogie du secteur social et médico-social et l'historique de sa législation, témoigner des conditions d'élaboration d'une réforme du point de vue d'une administration centrale, présenter le contenu de cette réforme, ses principaux enjeux, le contexte dans lequel elle s'est construite et la teneur de ses décrets d'application, se livrer à un exercice de droit comparé avec la loi hospitalière, prendre en compte enfin l'incidence de ce cadre législatif et réglementaire sur les professionnels, les bénévoles, les acteurs et décideurs de terrain.

ESPER (C.)
La nouvelle gouvernance hospitalière : réel dynamisme ou évolution imposée ? A propos des ordonnances des 2 mai et 1er septembre 2005.
Paris : Editions Dalloz : 2005/09-10 : 766-778
La nouvelle gouvernance hospitalière mise en place à l'hôpital public par les ordonnances des 2 mai et 1er septembre 2005 impose une organisation rénovée de l'établissement public de santé. Création d'un conseil exécutif, découpage médical en pôles d'activités, renforcement de la surveillance financière sont les mesures phare. Un nouvel élan sera-t-il ainsi donné aux hôpitaux publics français ? Le texte du 2 mai 2005 comporte six titres, portant sur les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements publics de santé (titre I), l'organisation hospitalière et universitaire (titre II), les dispositions financières (titre III), les centres de lutte contre le cancer (titre IV), certains personnels de la fonction publique hospitalière (titre V), quelques questions diverses (titre VI). Les domaines essentiels de la "nouvelle gouvernance hospitalière", sur la portée de laquelle il conviendra de s'interroger pour terminer, seront exposés ici au travers de l'analyse des instances de l'hôpital public, de son organisation interne, et du renforcement de la surveillance financière.

OUVRAGE
CLEMENT (C.), DUPUY (O.), PELJAK (D.)
Hôpital 2007 : les répercussions dans le champ du droit hospitalier.
Essentiel.
Bordeaux : Les Etudes hospitalières
2004
Pages : 132p., index
Le gouvernement Raffarin a lancé, dès sa formation en mai 2002, un vaste programme de rénovation des hôpitaux. Dès le 4 septembre 2003, une ordonnance visant à simplifier le droit hospitalier a été publiée, puis dans son sillage des décrets, des arrêtés et des circulaires paraissaient pour rénover la législation des établissements de santé tant publics que privés. Ainsi est profondément modifié le droit des autorisations des établissements de santé. De même, le droit budgétaire avec la création de la T2A. Enfin, le droit des baux

emphytéotiques est rénové pour permettre le financement des rénovations des équipements et des locaux. Puis, le droit des relations public-privé est débarrassé des nombreux tabous qui le paralysaient. Bref, l'ensemble du droit hospitalier est en passe de profondes transformations. Cette deuxième édition rassemble les travaux des juristes réputés et intègre notamment une étude sur la tarification à l'activité et l'évolution du droit budgétaire.

BUDET (J.M.), BLONDEL (F.)
L'hospitalisation publique et privée des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007.
Paris : Berger-Levrault
2004
Pages : 411p.
Le système hospitalier public et français a beaucoup évolué, ces dernières années. Le programme des ordonnances de 1996 s'organisait autour de trois axes : qualité, responsabilité, coopération. Le plan Hôpital 2007 vient parachever cette évolution dans un souci de mise en cohérence, de décloisonnement et d'autonomie des systèmes hospitaliers publics et privés. Cette nouvelle édition fournit toutes les clés pour comprendre ces réformes successives ainsi que les enjeux et implications des derniers textes adoptés.

HARDY (J.P.)
Financement et tarification des établissements et services médico-sociaux.
Série Etablissements et services.
Paris : Dunod
2005
Pages : 445p., tabl.
Cote Irdes : A3373
La mise en œuvre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale n'a pas rencontrée de plus forte incompréhension et de plus ferme opposition qu'à l'occasion du décret budgétaire et comptable du 22 octobre 2003. Considéré par certains comme régressif du point de vue des libertés associatives, ce décret renforcerait beaucoup trop les obligations budgétaires et comptables en volume et en technicité, quand il ne conduirait pas purement et simplement, selon d'autres, à une mise sous tutelle des associations par l'administration. Aussi, au-delà d'une présentation complète, méthodique et didactique de la législation et de la réglementation financière dont il est le principal concepteur et rédacteur, Jean-Pierre Hardy nous propose une réflexion libre et critique qui le conduit, pour expliquer le bien-fondé de ce décret, à briser la règle du silence qui règne sur le fonctionnement réel du secteur social et médico-social. Le secteur social et médico-social est à un moment historique de son évolution. S'il veut réussir sa professionnalisation et résister intelligemment à la montée en puissance du néolibéralisme économique de plus en plus hégémonique au niveau européen, il doit impérativement en passer par une réforme de ses pratiques budgétaires et comptables, faute de quoi son implosion bureaucratique entraînera le triomphe des lois du marché. Telle est la conviction qui anime l'auteur et qu'il partage ici avec tous ceux qui ont en charge le fonctionnement financier d'un domaine fondamental de notre démocratie.

RAULT-DOUMAX (P.)
Etablissements de soins publics et privés : y-a-t-il un avenir au partenariat public/privé.
Ethique médicale.
Paris : L'Harmattan
2005
Pages : 216p.
Cote Irdes : A3311
La recomposition de l'offre hospitalière de soins bénéficie d'un effort législatif cohérent, surtout depuis les ordonnances du 24 avril 1996 qui créent notamment les Groupements de Coopération Sanitaires (GCS). Le GCS apparaît désormais aux pouvoirs publics comme

étant leur meilleure structure organisationnelle d'accueil : il offre l'opportunité d'organiser un partenariat public-privé innovant dans notre système de santé trop marqué par la césure ville-hôpital depuis les ordonnances de 1968. Le partenariat public-privé offre la meilleure chance à une pluralité organisée et complémentaire de l'offre de soins

DOUMAX-RAULT (P.)
Hôpitaux, cliniques, quel futur ?
Paris : L'Harmattan
2004
Pages : 298p., ann.
Le mode d'exercice de la chirurgie à l'hôpital et plus particulièrement dans les établissements de santé privés est en totale mutation. Ce changement apparu depuis une décennie va en s'accentuant par des coûts de la santé qui s'accroissent et des recettes fluctuant avec l'économie générale. Cet ouvrage s'efforce de comprendre la problématique d'un exercice professionnel qui confond trop souvent soin et santé. Cet exercice est encore qualifié de libéral bien qu'il soit de plus en plus encadré. L'ouvrage ouvre une perspective sur l'évolution attendue.

CLEMENT (C.), DUPUY (O.), PELJAK (D.)
Hôpital 2007 : les répercussions dans le champ du droit hospitalier.
Essentiel.
Bordeaux : Les Etudes hospitalières
2004
Pages : 132p., index
Le gouvernement Raffarin a lancé, dès sa formation en mai 2002, un vaste programme de rénovation des hôpitaux. Dès le 4 septembre 2003, une ordonnance visant à simplifier le droit hospitalier a été publiée, puis dans son sillage des décrets, des arrêtés et des circulaires paraissaient pour rénover la législation des établissements de santé tant publics que privés. Ainsi est profondément modifié le droit des autorisations des établissements de santé. De même, le droit budgétaire avec la création de la T2A. Enfin, le droit des baux emphytéotiques est rénové pour permettre le financement des rénovations des équipements et des locaux. Puis, le droit des relations public-privé est débarrassé des nombreux tabous qui le paralysaient. Bref, l'ensemble du droit hospitalier est en passe de profondes transformations. Cette deuxième édition rassemble les travaux des juristes réputés et intègre notamment une étude sur la tarification à l'activité et l'évolution du droit budgétaire.

LEONETTI (J.)
Respecter la vie, accepter la mort : 2 tomes.
XIIe législature ; n° 1708.
Paris : Assemblée Nationale
2004
Pages : 306p.+922p.
Notre société dénie la mort et en même temps redoute la fin de vie, qui éveille l'angoisse et la souffrance et l'appréhension de la déchéance. Tel est le constat dressé par la Mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie créée le 15 octobre 2003 à la demande du Président de l'Assemblée nationale. Pour répondre aux attentes des malades et de leurs familles et apaiser les inquiétudes des professions de santé, la mission présente dans ce rapport des recommandations de politique pénale et de santé publique et des propositions de modifications tant du code de la santé publique que du code de déontologie médicale. Ecartant toute dépénalisation de l'euthanasie inspirée de la législation étrangère, sans s'accommoder pour autant du statu quo, ces propositions, fruit de réflexions qui ont emporté le consensus de l'ensemble des membres de la mission, paraissent être les plus adaptées au contexte social et médical français.
http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i1708-t1.pdf - http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i1708-t2.pdf

BUDET (J.M.), BLONDEL (F.)
L'hospitalisation publique et privée des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007.
Paris : Berger-Levrault
2004
Pages : 411p.
Le système hospitalier public et français a beaucoup évolué, ces dernières années. Le programme des ordonnances de 1996 s'organisait autour de trois axes : qualité, responsabilité, coopération. Le plan Hôpital 2007 vient parachever cette évolution dans un souci de mise en cohérence, de décloisonnement et d'autonomie des systèmes hospitaliers publics et privés. Cette nouvelle édition fournit toutes les clés pour comprendre ces réformes successives ainsi que les enjeux et implications des derniers textes adoptés.

CLEMENT (J.M.)
Réflexions pour l'hôpital : proximité, coopération, pouvoirs.
Bordeaux : Les Etudes hospitalières
2004
Pages : 137p.
Cette deuxième édition de Réflexions pour l'hôpital propose des suggestions, afin de sauver le service public hospitalier français. L'auteur Jean-Marie Clément est un spécialiste du domaine hospitalier, et son ouvrage est le reflet de trente ans d'expérience hospitalière.

Les assemblées des établissements publics de santé et médico-sociaux.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
2003
Pages : 521p.
Ce recueil thématique mis à jour au 30 novembre 2003 rassemble les textes réglementaires relatifs aux assemblées des établissements publics de santé. Les textes législatifs sont actualisés et consolidés, appuyés de notes de renvoi. L'ouvrage est pourvu d'une table des matières et d'un index qui facilitent l'accès et autorisent toutes les recherches.

Les opérations d'investissement des établissements publics de santé et médico-sociaux.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
2003
Pages : 690p.
Résolument pratique, ce recueil thématique fait droit à la demande d'acteurs de terrain face à l'inflation accélérée du droit et l'enchevêtrement, au premier abord inextricable, de ses branches spécialisées. Cette nouvelle édition, à jour des textes publiés au 1er novembre 2003, prend une place importante avec le plan hôpital 2007. L'ouvrage tente donc de rassembler les textes relatifs aux multiples aspects d'une opération d'investissement : schémas d'organisation sanitaire, planification, comité national et comité régionaux d'organisation sanitaire et sociale, régime des autorisations, création, transformation, suppression d'établissements, programmes d'investissement, équipements spécifiques, financement… Les textes réglementaires sont présentés selon dix-huit chapitres reprenant les thématiques précédemment citées.

PELJAK (D.)
Le droit budgétaire des établissements publics de santé : introduction aux finances publiques hospitalières.
Bordeaux : Les Etudes hospitalières
2003/ 11
Pages : 214p.
Cet ouvrage sur le droit budgétaire des établissements publics de santé se veut un guide exhaustif pour le personnel hospitalier, qu'il soit chefs d'établissement, directeurs des

affaires financières, cadres administratifs et gestionnaires en premier lieu, mais également cadres de santé et médecins, souhaitant mieux appréhender le fonctionnement financier d'un hôpital. Eclairé de nombreux illustrations jurisprudentielles, il tente de répondre à diverses interrogations : quelles sont les prérogatives budgétaires ? Quelles sont les conditions juridiques à remplir pour la création d'une régie de recettes et d'avances ? Quelle est la procédure pour contester le montant de la dotation globale fixé par les ARH ? etc.

CLEMENT (J.M.)
La crise de confiance hospitalière : constat, causes, réformes.
Libre Propos.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
2003
Pages : 221p.
Fruit de 35 ans d'études et de pratique hospitalière, cet essai est un constat sans complaisance. L'auteur, juriste et praticien de la gestion hospitalière, développe les causes de cette crise de confiance qui mine les hôpitaux et apporte à la réflexion une originalité certaine. Il est peu courant de lire qu'il y a trop de docteurs mais pas assez de médecins. Ses conceptions sont hors des sentiers battus et ne peuvent être rattachées à une quelconque idéologie. Sans faire preuve de syncrétisme, Jean-Marie Clément s'émancipe des courants de pensées et puise dans son expérience les idées pour une réforme. Là encore l'auteur ne manque pas de singularité. Il prend le risque d'être attaqué de tous les côtés, mais son ambition est à ce prix car il veut susciter la réflexion, réveiller la dispute, provoquer la libre pensée chez chacun de ses lecteurs. D'une écriture claire et sans jargon, avec ce qu'il faut de mordant pour contraindre à réagir, cet essai doit marquer la pensée hospitalière. Il s'adresse à tous les personnels hospitaliers et, plus largement, à tous les lecteurs curieux de l'évolution de l'institution hospitalièe. Tous apprécieront la liberté de ton, la connaissance du système, l'ampleur de l'analyse, la rigueur des arguments (4e de couverture).

GODFRYD (M.)
Textes de droit hospitalier.
Paris : Presses Universitaires de France
2003
Pages : 128p.
De très nombreux textes régissent l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux afin de permettre la réalisation de leur mission première : soigner. La gestion des hôpitaux doit également s'intégrer dans une planification des besoins sanitaires, tout en respectant les droits et les devoirs des personnels, mais aussi la dignité et les droits des patients. Tous ces principes, normes et procédures, sont codifiés par des textes nationaux et internationaux. Cet ouvrage rassemble les plus importants d'entre eux, jusqu'à la loi Kouchner de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

HENNEZEL (M. de)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission "Fin de vie et accompagnement". Paris. FRA
Fin de vie : le devoir d'accompagnement.
Paris : La documentation française
2003/10
Pages : 161p.
Ce rapport dresse le constat que la France manque encore cruellement de services de soins palliatifs, et cela en dépit des différents plans régulièrement annoncés. Il émet ensuite diverses recommandations en vue d'améliorer le dispositif. Il propose, tout d'abord, que de toute urgence soit donné un nouveau souffle aux structures qui s'occupent des fins de vie. Avec entre autres, la création au minimum d'une unité de soins palliatifs dans tout centre hospitalier universitaire. Mais aussi en ville, où il faut prévoir un forfait de consultation auprès

de psychologues de ville formés aux soins palliatifs et à l'accompagnement de fin de vie, tout en développant la formation dans les écoles de médecine. Il s'oppose à tout changement à la loi pour encadrer les situations limites de fins de vie médicalisées et empêcher une certaine opacité des pratiques, mais suggère néanmoins des modifications dans le code de déontologie médicale, afin que la mise en jeu du risque vital ne soit pas un obstacle à la mise en oeuvre de tous les moyens disponibles pour soulager les personnes en fin de vie.
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hennezel/rapport_complet.pdf

WORONOFF-LEMSI (M.C.), GRALL (J.Y.), MONIER (B.), BASTIANELLI (J.P.)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA
Le médicament à l'hôpital.
Paris : Ministère chargé de la Santé
2003/05
Pages : 81p., tabl., ann.
Après un large tour d'horizon quant aux modalités d'utilisation du médicament dans les établissements de santé sous dotation globale, ce rapport rend compte des réflexions de la Mission sur le médicament à l'hôpital. Il énonce les constats suivants : il existe des risques de restriction de l'offre de soins et d'inégalité d'accès à l'innovation en lien avec les difficultés budgétaires croissantes des établissements ; une régulation complexe de l'accès aux médicaments au niveau national favorise les stratégies commerciales de l'industrie ; l'approche des professionnels est dissociée ; le circuit du médicament est encore peu optimisé au sein des établissements ; l'environnement réglementaire est contraignant voire stérilisant. (cf code des marchés publics). Sur les bases de ces constations, la mission place le patient au cœur des propositions qu'elle formule selon trois principes : donner à chaque citoyen l'égalité d'accès à un traitement innovant et adapté, permettre le développement et la diffusion rapide des innovations, tout en mettant en place un dispositif d'évaluation de l'apport thérapeutique, établir les conditions d'une sécurisation optimale du circuit du médicament.
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/index.htm -
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000374.shtml -
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000374/0000.pdf

Les établissements publics de santé mentale : à jour au 30 juillet 2002.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
2002
Pages : 397p.
Cette deuxième édition du recueil des EPSM, de présentation claire et pourvue d'un index et d'une table des matières, font de l'ouvrage la référence en matière de législation des établissements de santé mentale. Il rassemble les textes de droit hospitalier général auxquels les hôpitaux spécialisés sont soumis, les lois et règlements relatifs aux droits des malades atteints de troubles mentaux, les réglementations spécifiques à divers aspects de la psychiatrie.

CLEMENT (J.M.)
Droits des malades : les répercussions de la loi du 4 mars 2002 dans le champ du droit hospitalier.
Essentiel.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
2002
Pages : 87p.
La loi du 4 mars 2002 est l'aboutissement d'une longue évolution née au début du XXe siècle et dont les temps forts vont du début des années 1970 jusqu'à la fin de l'an 2000. Du droit du malade revendiqué et largement reconnu par la jurisprudence et les textes officiels, dont le fameux décret du 14 janvier 1974, on a abouti aux droits des malades avec le pouvoir accordé aux associations d'usagers. Désormais, on est en plein consumérisme et la loi du 4

mars 2002 est le point d'orgue d'une démocratie sanitaire appelée par les patients et leurs représentants. A cela s'ajoute l'indemnisation des accidents thérapeutiques avec ou sans faute médicale prouvée. Bref, la loi du 4 mars 2002 est incontestablement une grande loi qui marquera l'histoire des droits des malades et de leurs relations avec les médecins.

DERENNE (O.), PONCHON (F.)
L'usager et le monde hospitalier : 50 fiches pour comprendre.
Rennes : Editions ENSP
2001
Pages : 202p.
Le mouvement de démocratie sanitaire qui s'amorce nécessite des outils pour mieux décrypter le fonctionnement hospitalier dans sa diversité et sa complexité. Cet ouvrage a été écrit avec le souci de clarifier les notions essentielles pour comprendre l'hôpital. Les 50 fiches proposées couvrent trois grands thèmes : l'usager et l'hôpital, l'organisation hospitalière, l'hôpital dans le système de soins. Chaque fiche propose d'abord une synthèse du sujet. La rubrique " problématique actuelle " fournit les clés indispensables pour situer le contexte : enjeux, réformes en cours. Les compléments bibliographiques et un choix de sites web permettent d'aller plus loin.

CABON (Jean-François)
Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S). Sous-direction qualité et fonctionnement des établissements de santé. Bureau droits des usagers et fonctionnement général des établissements de santé. Paris. FRA
Le régime juridique des commissions médicales des établissements publics de santé et des syndicats interhospitaliers.
Les guides de la DHOS
Paris : DHOS
2001/11
Pages : 192p.
Le présent document est relatif au régime juridique des commissions médicales d'établissement mentionnées à l'article L. 6144-1 (ex L. 714-16) du code de la santé publique, c'est-à-dire des instances de représentation du personnel médical, pharmaceutique et odontologique constituées dans les établissements publics de santé et dans certains syndicats interhospitaliers. A cet effet, il présente : d'une part, de manière aussi exhaustive que possible en l'état actuel des textes et de la jurisprudence, les missions de la commission médicale d'établissement, son organisation, son fonctionnement et sa participation à la vie institutionnelle de l'établissement et, d'autre part, il répond aux questions pratiques qui sont le plus souvent posées afin de permettre à la commission médicale d'établissement de mieux se consacrer à l'essentiel, c'est-à-dire aux attributions qui relèvent de sa compétence (Résumé internet).
http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/dhos/cme/accueil.htm - http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/dhos/cme/cme_guide.pdf

BRAMI (G.)
La nouvelle tarification des établissements pour personnes âgées.
Repère - Age.
Paris : Berger Levrault
2000
Pages : 426p.
Cote Irdes : A2701
Cet ouvrage est entièrement consacré à la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées. Il donne des explications précises et pratiques sur l'ensemble du dispositif : augmentation du nombre des tarifs, étanchéité entre les sections tarifaires, indicateurs de qualité, fonction du médecin coordonnateur, nouvelles règles budgétaires et comptables,

notion de convergence tarifaire, nouvelle position du directeur. Il propose aussi des outils concrets à travers l'exposé de projets d'établissement et de vie, de règlement intérieur, de contrat de séjour, d'enquêtes de satisfaction, adaptables à toutes les structures d'hébergement.

JEAN (P.), HERZOG (V.)
Commission de conciliation et droits des patients.
Paris : Berger-Levrault
2001/04
Pages : 344p., ind.
Les droits des malades sont au centre des sujets d'actualité. Face à l'importante évolution en la matière, cet ouvrage procède à la synthèse historique des droits des personnes hospitalisées, à travers les différentes réformes hospitalières et l'ordonnance du 24 avril 1996. Celle-ci se traduit notamment par une reconnaissance institutionnelle des usagers au sein des conseils d'administration des établissements publics de santé, et par la mise en place d'une commission de conciliation. Protection des libertés individuelles, accès au dossier administratif après la loi "informatique et liberté", amélioration de l'accueil des patients sont désormais largement développés dans le cadre des procédures d'accréditation. Situé en annexe, un recueil de textes et de jurisprudence permet au lecteur de se reporter aux bases juridiques correspondant à chaque thème. Par ailleurs, les références sont actualiées, conformément aux dispositions du nouveau code de la santé publique issu de l'ordonnance du 14 juin 2000. Cet ouvrage est antérieur à la publication de la loi de modernisation santé.

CLEMENT (J.M.)
1900-2000 : la mutation de l'hôpital.
Paris : Les Etudes Hospitalières
2001
Pages : 218p.
Cet ouvrage, fruit d'une longue expérience de directeur d'hôpital, fait une large place à l'histoire institutionnelle avec une brillante synthèse sur les pouvoirs au sein de l'hôpital. Replacée dans son contexte économique et social, l'histoire de l'hôpital est celle d'une rupture entre la charité du début du siècle et l'entreprise de soins de l'an 2000. Tout a changé en peu de temps, la ligne de fracture se situant autour des années 1970 ; que ce soit la situation du malade, hier assisté, aujourd'hui client assuré social, que ce soit l'architecture qui s'est complexifiée considérablement, que ce soit l'organisation matérielle qui reste marquée par une division territoriale en services, contraire à la spécialisation et à la mise en réseau des soins.

DAUBECH (L.),
Le malade à l'hôpital : droits, garanties, obligations.
Action Santé.
Paris : Erès
2000
Pages : 1162p., index

Ce document se présente comme un ouvrage et un guide pratique : il opère un recensement exhaustif des droits et garanties, mais aussi des obligations d'un malade admis dans un hôpital public. Les différents éléments de droit constitutif de la situation du malade à l'hôpital sont exposés dans les fondements juridiques et parfois philosophiques de chacun d'entre eux et les débats dont ils peuvent faire l'objet : leur mise en ouvre et leurs limites sont également évoquées.

HOUDART (L.), LAROSE (D.), BARRE (S.)
Traité de la coopération hospitalière (2 volumes).

Collection santé.
Paris : Editions F. Houdart
2000/03
Pages : 384p., tabl., graph.
Cet ouvrage est le fruit d'un travail pluridisciplinaire de plus de 3 ans, dont l'objectif est d'offrir aux professionnels de santé un outil pratique, pour la mise en oeuvre d'une action de coopération (regroupement sur un même site, création de DIH, GCS, GIP, coopération et réseaux avec des praticiens libéraux). Il repose à la fois sur une analyse des textes de la jurisprudence que les auteurs ont voulu rigoureuse et sur une approche pragmatique de leur application par l'apport de réponses claires aux questions que se posent les coopérants. Il comprend 5 parties : cadre de la coopération, outils de la coopération, connaissance de certains aspects de la coopération telles la fiscalité, la comptabilité, le financement, le personnel et le droit de la concurrence et les marchés publics, coopération européenne et internationale, méthodologie pour la réalisation d'une coopération. Un CD-ROM fait une mise à jour au 31 décembre 2002.

CLEMENT (J.M.)
La réforme hospitalière : l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique ou privée.
Collection APDHES.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
1999
Pages : 299p.
Le plan de réforme des hôpitaux et cliniques, organisé par l'ordonnance du 24 avril 1996 se met en place. L'ordonnance hospitalière n'a pas fini de bouleverser le paysage hospitalier. Cette deuxième édition des réformes hospitalières tient compte des nouvelles publications, dont la commission de conciliation et les réseaux de soins.

Dictionnaire des principaux sigles du droit et de l'administration hospitalière.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
1999
Pages : 172p., index
Le vocabulaire de la langue hospitalière devient chaque jour plus technique, au point que, quittant la France pendant quelques mois, ceux qui y reviennent ne comprennent plus certains propos tant ils sont émaillés de nouveaux sigles. Cette deuxième édition abondée et actualisée du dictionnaire n'a pas d'autre ambition que d'apporter aux personnels ayant à connaître des questions sanitaires, une information précise sur les principaux sigles utilisés en droit par l'administration hospitalière

PONCHON (F.)
Le secret professionnel à l'hôpital et l'information du malade.
Paris : Berger-Levrault
1999
Pages : 236p
Consacré à deux termes trop souvent perçus comme des « frères ennemis », cet ouvrage fait le tour de droits essentiels et complémentaires, droit au secret, droit à l'information, tous deux au service du même intérêt : le malade. Fondé sur l'étude du droit applicable, cet ouvrage propose une étude approfondie et exhaustive des contraintes et devoirs pour les professionnels, et des droits pour les malades. Trois temps la ponctuent : un rappel historique des concepts et des règles de droit applicables ; la présentation des principales composantes du secret professionnel en milieu hospitalier, sa portée et les dérogations rencontrées ; le point sur un concept relativement nouveau à l'hôpital et en plein développement : l'information du malade.

Les établissements publics de santé mentale : à jour au 31 août 1999.

Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
1999
Pages : 338p.
Cote Irdes : Ud345
Ce recueil de législation concerne tous les établissements de santé mentale. Ses utilisateurs seront vite rassurés de l'utilité de ce recueil puisqu'ils y trouveront tous les textes de lois, les textes réglementaires, décrets et autres qui gouvernent la vie administrative et journalière des établissements de santé mentale.

CLEMENT (J.M.)
La réforme hospitalière : l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique ou privée.
Collection APDHES.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
1999
Pages : 299p.
Le plan de réforme des hôpitaux et cliniques, organisé par l'ordonnance du 24 avril 1996 se met en place. L'ordonnance hospitalière n'a pas fini de bouleverser le paysage hospitalier. Cette deuxième édition des réformes hospitalières tient compte des nouvelles publications, dont la commission de conciliation et les réseaux de soins.

LECLET (H.), VILCOT (C.)
Qualité en santé : 150 questions pour agir.
Paris : AFNOR
1999
Pages : 483p.
Le secteur de la santé est aujourd'hui en pleine mutation. Outre le fait qu'une logique de rentabilité financière (ou tout au moins de maîtrise des dépenses) s'impose, le statut du patient se transforme radicalement. De sujet passif objet des soins, il devient de plus en plus un vrai client informé et sûr de ses droits. La mise en oeuvre de démarches qualité aura des répercussions majeures sur le secteur sanitaire. Cet effet s'amplifiera avec le temps. Les expériences françaises et étrangères d'accréditation des établissements de santé et de démarches qualité en témoignent. Cet ouvrage explique les concepts de base de la qualité, apporte les réponses pratiques pour la mise en oeuvre de toute démarche qualité, fait la synthèse des expériences françaises et étrangères, offre enfin les éclairages adaptés au secteur de la santé.

CALMES (G.), SEGADE (J.P.), LEFRANC (L.)
Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité.
Objectifs en management hospitalier.
Paris : Masson
1998
Pages : 170p., ann., index
Cote Irdes : A2151
La reconfiguration des hôpitaux ne manque pas de provoquer des controverses et de susciter de nombreuses inquiétudes. Pour y répondre, cet ouvrage propose un mode d'emploi précis et pratique de la coopération hospitalière. Il analyse d'abord la complémentarité hospitalière : modalités et objectifs ; puis la fusion hospitalière : fusion juridique et médicale ; enfin, le contexte de la coopération : réforme hospitalière, contractualisation et gestion des ressources humaines. En annexe, figurent des exemples de partenariat public/public ou privé, d'arrêtés de fusion, de direction commune à deux EPS, de chartes constitutives de communautés d'établissements de santé, de réseaux de soins.

CLEMENT (J.M.)
Mémento de droit hospitalier : à jour au 1er mars 1998.

Manuels B. - L. - Santé ; 23.
Paris : Berger-Levrault
1998
Pages : 253p.
L'hôpital public doit constamment s'adapter à un environnement économique et social en mutation, ainsi qu'à l'évolution constante des demandes des usagers et des techniques médicales. A la fois service public placé devant une mission générale et entreprise confrontée à un impératif de rentabilité, l'hôpital jouit aujourd'hui d'un statut à implications multiples et extrêmement évolutif. Pour introduire ce domaine complexe, la 8e édition du présent Mémento se propose d'exposer de façon claire et pédagogique l'essentiel de la réglementation applicable dans les domaines juridique, administratif et financier. A la lumière d'une expérience pratique de gestionnaire, l'auteur y délivre une connaissance de base du droit hospitalier, qui fait de cet ouvrage un outil de travail de référence pour tous ceux qui exercent des responsabilités dans ce domaine. (Résumé d'auteur).

JEAN (P.)
La charte du patient hospitalisé.
Paris : Berger-Levrault
1996
Pages : 237p., index
Le patient hospitalisé n'est pas seulement un malade ; il est aussi une personne, avec ses droits et ses devoirs. S'inscrivant dans les perspectives ouvertes par la Réforme hospitalière du 31 juillet 1991 et les lois bioéthiques du 29 juillet 1994, la nouvelle Charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995 synthétise les droits essentiels des personnes hospitalisées. Destinée à être remise à chaque patient accueilli dans un établissement de santé, elle rend compte des aspects nouveaux du statut du malade à la fin du XXe siècle. Très complet, cet ouvrage propose un commentaire des dispositions de la Charte, étudie les nombreuses sources juridiques de celle-ci et regroupe plus d'une trentaine de textes relatifs aux droits des patients, à l'éthique et à la déontologie.

CLEMENT (J.M.)
Le fonctionnaire hospitalier : mise à jour au 1er février 1996.
Manuels B. - L. Santé ; 12.
Paris : Berger-levrault
1996/03
Pages : 338p.
Cote Irdes : A1411
Cette troisième édition du "fonctionnaire hospitalier" propose une analyse claire et précise du déroulement de la carrière d'un fonctionnaire hospitalier (recrutement, titularisation, avancement...). Elle est agrémentée de la jurisprudence la plus récente et il montre les droits du fonctionnaire hospitalier (garanties, protection sociale, formation continue...) et les obligations auxquelles il est soumis (secret professionnel, aménagement du temps de travail, responsabilité...).

CLEMENT (J.M.)
L'année hospitalière 1995.
Documents Santé.
Paris : Berger-Levrault
1996/03
Pages : 380p.
La réforme du financement de la protection sociale constitue l'un des principaux défis du nouveau gouvernement nommé en 1995. Face à cet enjeu de taille, la réflexion sur l'avenir de l'organisation hospitalière s'est intensifiée et a conduit à la publication de nombreux rapports et propositions, et à l'annonce de plusieurs réformes. S'appuyant sur les événements marquants de l'année 1995, cet ouvrage propose une synthèse complète de

l'actualité de l'année écoulée : mise en place de programmes d'assurance qualité, élargissement du recours au temps partiel, création du fonds pour l'emploi hospitalier, etc. Plus de 50 contributions sont rassemblées dans cet ouvrage clair et de consultation facile, offrant ainsi une vision très large de l'actualité hospitalière de l'année 1995.

CLEMENT (J.M.)
Mémento de droit hospitalier : à jour au 1er septembre 1996.
Manuels B. - L. - Santé.
Paris : Berger-Levrault
1996/10
Pages : 251p.
L'hôpital public doit constamment s'adapter à un environnement économique et social en mutation, ainsi qu'à l'évolution constante des demandes des usagers et des techniques médicales. A la fois service public placé devant une mission générale et entreprise confrontée à un impératif de rentabilité, l'hôpital jouit aujourd'hui d'un statut à implications multiples et extrêmement évolutif. Pour introduire à ce domaine complexe, la 7e édition du présent Mémento se propose d'exposer de façon claire et pédagogique l'essentiel de la réglementation applicable dans les domaines juridique, administratif et financier. A la lumière d'une expérience pratique de gestionnaire, l'auteur y délivre une connaissance de base du droit hospitalier, qui fait de cet ouvrage un outil de travail de référence pour tous ceux qui exercent des responsabilités dans ce domaine. (Résumé d'auteur).

JOURDAIN (A.), TURENNE (I. de) / dir.
Mots-clés de planification sanitaire.
Rennes : Editions ENSP
1997
Pages : 142p., index
Cet ouvrage présente, par ordre alphabétique, les principaux outils de planification. Il a été rédigé par un collectif de professionnels de terrain et d'enseignants chercheurs influencés par l'expérience des trois région dont ils sont issus. Chaque article est traité en 5 rubriques : définitions (bref rappel du sens usuel), approche juridique (références législatives et réglementaires commentées), en planification (acception du terme en planification sanitaire), illustration (exemples en priorités au terrain, mots associés (renvois à d'autres termes traités dans l'ouvrage).

VIVIES (J.), PICARD (S.)
Inspection Générale des Affaires sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA
Contribution à l'étude de la tarification des établissements privés d'hospitalisation.
Paris : IGAS
1995/07
Pages : 42p., ann.
Ce rapport présente tout d'abord le système de tarification à l'hôpital privé : législation et principaux tarifs. Il propose ensuite des réformes d'aménagement progressif des tarifications existantes relatives aux forfait de salle d'opération (FSO), aux prix des journées et aux forfaits de pharmacie.

CLEMENT (J.M.)
Les pouvoirs à l'hôpital : nouvelle édition mise à jour au 1er février 1995.
Les cahiers hospitaliers.
Paris : Berger Levrault
1995
Pages : 191p.
Réalisé à partir de textes législatifs et réglementaires confrontés à la pratique, cet ouvrage fait une analyse du pouvoir exercé réellement par chacun des acteurs de l'hôpital : administrateurs, médecins, infirmiers, malades.

CLEMENT (J.M.)
Essai sur l'hôpital.
Les Cahiers hospitaliers.
Paris : Berger Levrault
1994
Pages : 93p.
Bilan sans complaisance de l'institution hospitalière (développement de la bureaucratie, carence d'accueil), qui conduit l'auteur, membre de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), à s'interroger sur la fonction exacte de chaque catégorie de personnel.

CLEMENT (J.M.)
Le fonctionnaire hospitalier : à jour au 1er février 1993.
Manuels B. - L. Santé ; 12.
Paris : Berger-Levrault
1994
Pages : 326p.
La fonction publique hospitalière est une nouveauté issue de la loi du 9 janvier 1986 portant titre IV du Code général de la fonction publique. Elle rassemble environ 650 000 personnes. "Le fonctionnaire hospitalier" se propose d'expliciter leur nouveau statut : déroulement de carrière (recrutement, positions, avancement...), droits dont ils bénéficient (congés, syndicats, formation continue...), obligations auxquelles ils sont soumis, obligations communes à l'ensemble de la fonction publique ou spécifiques au travail hospitalier. Un ouvrage clair et complet, illustré de nombreuses jurisprudences et appelé à devenir une référence indispensable à l'ensemble de ceux qui participent à la vie hospitalière (Résumé d'auteur).

CLEMENT (J.M.)
Mémento de droit hospitalier : à jour au 1er février 1992
Manuels B.L. Santé
Paris : Berger-Levrault
1992/02
Vol : 10 N° : Numéro spécial :
Pages : 199 p.
Le présent mémento se propose d'exposer de façon claire et pédagogique l'essentiel de la réglementation hospitalière applicable dans les registres juridiques, administratif et financier.

CLEMENT (J.M.)
Lire la nouvelle loi hospitalière
Manuels B.L. Santé ; 19
Paris : Berger Lenault
1992
Pages : 241 p.
La loi hospitalière du 31 Juillet 1991 a apporté de nombreuses et souvent importantes modifications au système mis en place à l'hôpital français en 1970. Cet ouvrage se propose de décrire et d'analyser les mutations en les replaçant dans l'organisation quotidienne de l'hôpital. Une trentaine de fichies synthétiques permet en outre au lecteur de faire rapidement le point sur une question qui le préoccupe particulièrement : rôle et pouvoirs du directeur, projet d'établissement, procédure d'approbation budgétaire, etc ... (Résumé de l'éditeur.)

Articles

L'usager, acteur du système de santé. Dossier.

DE MONTALEMBERT (Pierre),MANTZ (Timothée),OLLIVET (Catherine),et al.
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°542, 2015/01/01
[BDSP. Notice produite par EHESP ER0xH9EH. Diffusion soumise à autorisation]. Plus de dix ans après la loi du 4 mars 2002 ayant posé les fondations de la démocratie sanitaire, la participation des usagers constitue désormais une composante incontournable du fonctionnement des établissements de santé. Des instances de représentations ont été créées ; des droits individuels et collectifs ont été ouverts aux usagers et à leurs représentants ; des habitudes de dialogue et de travail se sont instaurées. Pourtant, la démocratie sanitaire demande encore à être approfondie pour que les droits théoriques deviennent des droits réels. A l'hôpital ou ailleurs, en donnant la parole aux représentants des usagers, aux établissements, mais aussi en observant ce qui se fait dans d'autres secteurs ou d'autres pays, ce dossier se propose de mettre en lumière expériences et pistes de réflexion pouvant contribuer à faire de la participation du public un principe structurant de la gestion hospitalière.

L'information du patient : État des lieux et perspectives.
DEMANET (Quentin),HUC (Jérôme),FABRE (Nathalie),OUIRINI (Hanane)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°542, 2015/01/01
[BDSP. Notice produite par EHESP nFR0xJnH. Diffusion soumise à autorisation].
L'information du patient, donnée capitale de tout système de santé, peut s'apparenter à toute information adaptée, donnée par les professionnels de la santé à un patient, avant, pendant et après sa prise en charge dans son parcours de soin. Sa délivrance, qui incombait à l'origine aux seuls médecins, s'est étendue progressivement à tous les professionnels. Sur le fond, elle se rapporte aux investigations nécessaires pour découvrir les sources de la maladie, le diagnostic de celle-ci et les traitements mis en place ainsi que leurs effets. Sur la forme, elle doit être transmise de façon "adaptée, loyale et appropriée" afin de mieux considérer l'usager. Seules trois exceptions à la libre information du patient sont autorisées par les textes : l'urgence, l'impossibilité et la contre-indication thérapeutique. À cette règle de droit s'opposent cependant aujourd'hui des réalités bien différentes. Si la description de cette fracture n'est pas nouvelle, interroger cet état de la situation en rapport avec la mise en place d'un Institut de l'usager au sein de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) apparaît plus novateur.

Coopérations hospitalières. Entre incitation réglementaire et intérêt stratégique à agir.
LOUAZEL (Michel)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°523, 2013/02
In : Séminaire. Chaire management des établissements de santé EHESP-IDM. Coopération hospitalière. Articuler stratégie d'établissement/optimum global.
[BDSP. Notice produite par EHESP FmCmR0xo. Diffusion soumise à autorisation]. La nécessité de restructurer le secteur hospitalier n'est pas une idée nouvelle. Portée de manière encore plus affirmée depuis les ordonnances de 1996, elle vise à mieux répondre aux besoins de santé de la population, à réduire les inégalités d'accès aux soins, à garantir la qualité et la sécurité des soins et à maîtriser les dépenses. Dans le cadre de cette politique, la fusion a été un dispositif de régulation longtemps encouragée. Pour autant, ces opérations ont eu selon plusieurs observateurs, en particulier dans le secteur public, des résultats contrastés et l'on en vient à interroger l'efficacité de la méthode. Parallèlement, à l'occasion de chaque réforme hospitalière, le législateur semble vouloir s'appuyer également sur des dispositifs de coopération pour conduire sa politique. La loi HPST ne fait pas exception à la règle, au contraire. En créant de nouveaux outils juridiques, les communautés hospitalières de territoire (CHT) et les groupements de coopération sanitaire (GCS) "établissement de santé", en rationalisant les dispositifs existants, en prévoyant des incitations financières et en donnant de nouvelles compétences aux directeurs généraux des

agences régionales (ARS) pour faire avancer certaines restructurations jugées nécessaires, la loi place la coopération au coeur des politiques publiques de santé.

Jurisanté. Syndicats interhospitaliers. Après le décret du 27 décembre 2012 : décryptage de la transformation des SIH en GCS ou GIP.
SEGUI-SAULNIER (Stéphanie)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°522, 2013/01
[BDSP. Notice produite par EHESP AEFFqR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Comment transformer les SIH ? Quel objet, quel statut, quelle gouvernance pour le nouveau groupement ? Quel devenir pour le patrimoine du SIH, pour les autorisations du SIH, pour les fonctionnaires employés par le SIH ? Quel régime comptable appliquer ? A partir de quand la transformation du SIH prend-elle effet ? Dans quels délais transformer ?

Jurisanté. 2012 et les réformes hospitalières ou l'art d'accommoder les restes.
TANGUY (Hervé), DE LARD-HUCHET (Brigitte)
C, P67
GESTIONS HOSPITALIERES, n°517, 2012/06-07
[BDSP. Notice produite par EHESP kk7R0xCA. Diffusion soumise à autorisation]. HPST, stop ou encore ? Il y a comme un flottement dans l'air hospitalier ces temps-ci. Les dernières réformes hospitalières à peine consommées, les professionnels du secteur se demandent à quelle sauce ils seront prochainement mangés. Les récentes élections présidentielles marquent un changement de majorité présidentielle et les élections législatives ont confirmé l'alternance engagée. Mais sur le plan de la politique de santé, la question des orientations à prendre et de leur traduction opérationnelle est au menu de la communauté hospitalière. Alors, soif de nouveautés ou indigestion de réformes ?

DELAMARE (Patrick)
LOI HPST. Impacts et opportunités sur la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
Dossier. Ressources humaines.
GESTIONS HOSPITALIERES
2011/11
Vol : : n°: 510 Numéro spécial : : Pages : 601-609
[BDSP. Notice produite par EHESP 8IpnsR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) impacte le fonctionnement des instances hospitalières et tout particulièrement la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). L'auteur a recherché en quoi l'instance revisitée par un nouveau décret pouvait être porteuse de sens pour les patients et les professionnels de santé.

Le volet hospitalier de la loi HPST : enjeux, premier bilan et perspectives.
Bordeaux : Les Etudes hospitalières
REVUE GENERALE DE DROIT MEDICAL
2011
Pages : 240p.
Présentée comme l'une des réformes « phare » du quinquennat, la loi n° 2009-879, du 21 juillet 2009, dite loi « HPST » constitue bien plus qu'une énième réforme hospitalière, puisqu'elle touche l'ensemble du système de santé français dans une période où les finances sociales sont au plus mal. Quatorze auteurs, spécialistes reconnus, ont néanmoins souhaité commenter, analyser ou faire le premier bilan du volet hospitalier de cette réforme à une période où le législateur lui même reprend la plume pour modifier de nombreuses dispositions de ce texte dont la mise en oeuvre n'est pourtant toujours pas terminée

BALTHAZARD (B.), BAVILLE (E.), CLEMENT (J.M.) et al.

La loi HPST dans son contexte.
REVUE DROIT & SANTE
2010/01
N° : 33
Pages : 98p.
ISBN : ISSN :
Ce fascicule spécial sur la loi Hôpital Patients Santé et Territoire place, tout d'abord, la nouvelle loi dans le contexte législatif sanitaire et médico-social de la France. Puis, il en fait une analyse selon les thématiques suivantes : une planification revisitée, une nouvelle organisation hospitalière, accès aux soins des populations et droit du travail.
http://www.leh.fr/edition/revue-droit-et-sante-033.html

MOTTE (Bénédicte)
Responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique. Cadre réglementaire.
Professionnels de santé.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2008/09-10
N° : 524
Pages : 42-44
[Le cadre réglementaire entourant la désignation des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique vient d'être finalisé avec la parution de trois textes : un décret et deux arrêtés du 20 août 2008. Il instaure notamment un certain nombre de conditions préalables à la nomination d'un responsable de pôle parmi lesquelles l'inscription du praticien sur la liste nationale d'habilitation à diriger un pôle. Il introduit également une indemnité forfaitaire de fonction pour ces responsables de pôle. Cet article présente en détail les nouvelles dispositions réglementaires.

LEFEUVRE-DARNAJOU (Karine)
Réforme de la protection juridique des majeurs : enjeux et perspectives.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2008/09-10
N° : 524
Pages : 63-71
Cet article fait le point sur l'esprit, les grands axes et les enjeux de la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, loi qui entre en vigueur le 1er janvier 2009. Certaines des dispositions de la loi devraient impacter fortement la vie des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

PELLERIN (D.)
Les erreurs médicales.
La santé en échecs.
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2008
N° : 20
Pages : 45-56
La médecine de proximité n'est pas exempte de risque d'erreur, dans le diagnostic ou la prescription des médicaments. Il n'y a qu'avantage à ce que la prise de conscience de ce risque ait imposé au médecin de disposer des connaissances les plus actuelles de la science (evidence-based medicine). Une authentique formation continue des médecins devrait être le lieu privilégié d'échange des expériences. En se gardant bien de confondre erreur et faute, l'erreur, si anodine qu'elle puisse paraître, relevée et discutée y a toujours une valeur préventive. C'est en pratique hospitalière que le risque d'erreur est le plus prégnant du fait de la complexification de la pratique médicale et de l'intervention de nombreux intervenants. Mais il s'étend aussi à l'ensemble du système de soins. la survenue d'évènements délétères y est le plus souvent due à un dysfonctionnement global de la

chaîne de soins, en un mot à une "erreur systémique". Sa compréhension devrait être un objectif essentiel dans une optique de prévention, car une erreur qui n'est pas comprise est une erreur qui se reproduira... (Résumé de l'auteur).

DREIFUSS-NETTER (F.)
Malades en fin de vie : soins, éthique et droit.
Paris : La documentation française
PROBLEMES POLITIQUES ET SOCIAUX
2006/07
N° : 926
Pages : 120p., ann.
La plupart des pays européens s'interrogent depuis quelques années sur une éthique de la fin de vie, en particulier pour les malades admis en établissements de santé. En France, la récente loi du 22 avril 2005 met en oeuvre une éthique fondée sur l'acceptation de la mort et exprimée dans une formule choc : Laisser mourir sans faire mourir. Après l'affaire Humbert, très médiatisée, cette nouvelle loi confirme et codifie des pratiques existantes, comme l'absence d'obstination déraisonnable ou le refus de soins. Elle fait également un pas vers l'autonomisation de la personne, en permettant de prendre en compte les directives anticipées, par lesquelles une personne s'exprime à l'avance sur ses choix ultimes. Sont toutefois explicitement rejetés le suicide assisté, tel qu'il existe par exemple en Suisse, en Belgique, aux Pays-Bas ou dans certains États américains, et l'interruption du processus vital des personnes se trouvant dans un état végétatif persistant. Au-delà des aspects législatifs et juridiques de la question de la fin de vie, ce dossier donne les éléments du débat éthique sur la prise en charge de la souffrance physique et morale des personnes en fin de vie, dont la pierre angulaire est constituée par la démarche d'accompagnement. Il aborde plus largement deux questions d'actualité : d'une part, celle des soins palliatifs, reconnus en France par une loi de 1999, mais dont le déploiement demeure insuffisant ; d'autre part, celle plus controversée de l'euthanasie, revendiquée par certains au nom d'un droit à mourir dans la dignité. Il montre enfin comment, face aux situations extrêmes, les personnels soignants n'ont pas attendu les évolutions du droit pour tenter de dégager des critères permettant de justifier l'abstention ou l'arrêt de traitements à visée curative (4e de couverture).

LACOSTE (O.), VIGNERON (E.), DE TURENNE (I.)
Université Paul Valéry. Atelier de Géographie de la Santé. Montpellier. FRA
Approches géographiques de la planification sanitaire : applications.
CAHIERS GEOS
1996/10
Vol : N° : 33
Pages : 67p., tabl., graph. fig., index

ESPER (C.)
La nouvelle gouvernance hospitalière : réel dynamisme ou évolution imposée ? A propos des ordonnances des 2 mai et 1er septembre 2005.
Paris : Editions Dalloz
REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL
2005/09-10
Vol : N° : 5 Numéro spécial :
Pages : 766-778
La nouvelle gouvernance hospitalière mise en place à l'hôpital public par les ordonnances des 2 mai et 1er septembre 2005 impose une organisation rénovée de l'établissement public de santé. Création d'un conseil exécutif, découpage médical en pôles d'activités, renforcement de la surveillance financière sont les mesures phare. Un nouvel élan sera-t-il ainsi donné aux hôpitaux publics français ? Le texte du 2 mai 2005 comporte six titres, portant sur les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements publics de

santé (titre I), l'organisation hospitalière et universitaire (titre II), les dispositions financières (titre III), les centres de lutte contre le cancer (titre IV), certains personnels de la fonction publique hospitalière (titre V), quelques questions diverses (titre VI). Les domaines essentiels de la "nouvelle gouvernance hospitalière", sur la portée de laquelle il conviendra de s'interroger pour terminer, seront exposés ici au travers de l'analyse des instances de l'hôpital public, de son organisation interne, et du renforcement de la surveillance financière.

FARAGGI (P.), BRUN ROUSSEAU (H.)
L'ordonnance du 24 avril portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. I) Analyse critique.
INFORMATION PSYCHIATRIQUE (L')
1996/06
Vol : N° : 6
Pages : 563-568

Historique

Chronologie sur le site de Vie Publique
http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/chronologie/

Ouvrages, rapports, working papers

L'hôpital en sursis. Idées reçues sur le système hospitalier.
GRANGER (B.), PIERRU (F.)
A4413
Paris : le Cavalier Bleu, 2012
L'hôpital public est en crise... Ce leitmotiv s'accompagne généralement de jugements définitifs tels que : " L'hôpital est mal géré ", " Les hôpitaux manquent de personnel ", " Le secteur privé à l'hôpital est une honte ", " Les hôpitaux de proximité disparaissent ", " Les urgences font de la bobologie ", etc. Touchant le système de santé publique, donc notre santé, ces idées reçues ont un écho d'autant plus fort que nous disposons rarement des connaissances suffisantes pour faire la part entre la polémique politicienne et la réalité. Regard croisé d'un praticien hospitalier et d'un sociologue spécialiste des systèmes de santé, cet ouvrage nous offre une analyse précise et complète, détaillant tant les aspects historiques, économiques que les comparaisons avec les autres pays, sans oublier la dimension humaine de la vie quotidienne de l'hôpital (4è de couv).

Des restructurations hospitalières et des hommes.
HAAS (D.), LEBRUN (D.), SECHER (J.E.)
A4366
Rennes : Presses de l' EHESP, 2012
http://www.presses.ehesp.fr/hopital/management/Details/297/27/hopital/management/des-restructurations-hospitalieres-et-des-hommes.html
Depuis les ordonnances d'avril 1996 et la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation, les restructurations hospitalières se sont développées partout en France, notamment au travers de coopérations entre les secteurs public, privé non lucratif et privé libéral. Réalisé à partir du témoignage des principaux acteurs de trois opérations conséquentes menées par la Mutualité française entre 2001 et 2008 à Nantes, Lyon et Grenoble, cet ouvrage en aborde toutes les facettes : choc des cultures, pilotage, projet médical, projet social, architecture, communication? Les réussites comme les échecs sont présentés sans ambages. L'objectif est de capitaliser sur ces expériences en décrivant les processus mis en oeuvre, et d?'n tirer des leçons qui puissent servir à d'autres (4e de couverture).

Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.). Paris. FRA
L'hôpital expliqué : son organisation, son environnement.
Paris : Fédération Hospitalière de France ; Paris : Héral
2011
Pages : 256p., tabl., graph., fig., ann.
Cet ouvrage permet de replacer l'hôpital dans son contexte et contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement et de l'organisation hospitalière. Après une introduction présentant les grandes étapes historiques de l'hôpital et les chiffres clés de l'hôpital public, la première partie fait le point sur les établissements publics de santé. Le statut, les structures, les missions, le financement de ces établissements sont tour à tour décrits et des points particuliers sont examinés tels que les droits des patients, la gestion du risque, la responsabilité juridique, la qualité, ou bien encore, les particularités des assistances

publiques. Puis, la deuxième partie de l'ouvrage s'intéresse aux spécificités du secteur psychiatrique : l'organisation sectorielle, les différents modes d'hospitalisation (hospitalisation libre, hospitalisation sans consentement), les équipements, l'usager en santé mentale. Enfin, la troisième partie traite du secteur social et médico-social et aborde notamment le statut juridique des services et établissements d'hébergement pour les personnes âgées et les personnes handicapées, la stratégie de l'établissement, les droits des résidents, le fonctionnement financier des établissements autonomes du secteur social et médico-social, la démarche qualité, et enfin, la planification avec le régime des autorisations et les schémas gérontologiques

CLEMENT (J.M.)
Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République.
Bibliothèque du Cercle des Hospitaliers : Exemplaire numéroté 000228.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières
2010
Pages : 529p.
Pourquoi tant de réformes hospitalières sous la Ve République? Alors que 4 réformes jalonnent la vie juridique des hôpitaux et hospices de1789 à 1958, 9 réformes majeures vont bouleverser l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux depuis 1958. La Ve République, dans sa volonté réformatrice que l'on retrouve dans beaucoup d'autres aspects de la vie politique, économique, sociale et culturelle, va s'efforcer d'adapter le service public ¬hospitalier aux réalités du progrès des techniques médicales. C'est une course incessante entre le progrès scientifique et technique et l'inflation des dépenses de santé. Longtemps financées par l'expansion économique (les Trente Glorieuses), les recettes de la Sécurité sociale stagnent à compter des années 1980 et remettent en cause le fonctionnement du service public hospitalier. La concentration des équipements hospitaliers sera la réponse des pouvoirs publics en guise de maîtrise des dépenses. Cela ne suffira pas et à l'aube du XXIe siècle s'impose alors la T2A qui va ébranler le service public hospitalier justifiant, en conséquence, la fin de l'union organique entre le statut public de l'hôpital et ses missions de service public. Le service public hospitalier n'est plus réservé aux seuls établissements publics de santé, il lui est substitué des missions de service public qui peuvent être déléguées à tous les établissements de santé, publics ou privés. Cette Histoire des réformes hospitalières, chronologique et détaillée, illustre, sur le plan sanitaire, l'histoire économique et sociale de la Ve République face aux coûts des services publics, dont l'usage est élargi à des activités concurrentielles au secteur privé. Ceux qui veulent connaître les enjeux hospitaliers actuels seront éclairés par cette histoire institutionnelle de l'hôpital de 1958 à nos jours…

GIP Santé Protection Sociale Internationale. (G.I.P.S.P.S.I.). Paris. FRA
Organisation and health system in France.
Organisation et système de santé en France.
Paris : GIP SPSI
2010
Pages : 109p.
Destiné en priorité aux partenaires étrangers du GIP SPSI, ce livre présente l'organisation et le fonctionnement du système de santé. Cette publication est organisée en 11 chapitres : Historique du système de santé ; principes, organisation générale et gestion ; Médecine de ville et professionnels de santé ; les établissements de soins ; pharmacie et industrie de santé ; politique de santé publique ; Les agences sanitaires ; L'assurance maladie ; Complémentaire santé et accès de tous aux soins ; Dépenses de santé et financement de l'offre de soins ; Les grands enjeux. Dans le cadre de son rôle de plate-forme d'échange et de valorisation de l'expertise française, le GIP SPSI a publié ce livre de présentation du système français de santé, en français, anglais, espagnol, chinois et russe.
http://www.gipspsi.org/GIP_FR/actualites/livre_de_presentation_du_systeme_francais_de_sante

CLAVERANNE (J.P.), PASCAL (C.), BOUINOT (C.), PERICARD (B.)
Les hôpitaux et l'investissement.
Politiques locales.
Paris : LCDJ - Extenso éditions ; Paris : Dexia
2010
Pages : 126p.
Le patrimoine hospitalier est vieux de quelques siècles. Il s'est constitué peu à peu, depuis le Moyen Âge, en conservant, modernisant ou renouvelant ses sites. C'est aujourd'hui un patrimoine important, diversifié, souvent emblématique mais finalement méconnu du public. Les questions de la conservation et de la gestion du patrimoine hospitalier et celles de la planification et du financement du prochain investissement, sont à la fois quotidiennes et stratégiques pour un hôpital et intéressent, à plusieurs niveaux, les collectivités locales. Cet ouvrage tente de répondre simplement à l'ensemble de ces questions. L'histoire du patrimoine hospitalier, les récents plans nationaux de relance de l'investissement, les enjeux de la gestion patrimoniale dans un hôpital, la conduite d'une opération d'investissement et les sources de son financement, seront ainsi abordés tour à tour.

COLDEFY (M.)
Université de Paris I Panthéon-Sorbonne. Ecole Doctorale de Géographie. FRA
De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France.
Thèse de doctorat de géographie.
Paris : Université de Paris 1 Panthéon Sorbonne
2010/06
Pages : 516p., tabl., graph., fig., ann.
Le développement de la psychiatrie française est fortement marqué territorialement, depuis les grandes structures asilaires du XIXe siècle à la politique de sectorisation, qui a inscrit la désinstitutionalisation (soit la fermeture de lits d'hospitalisation et l'ouverture de structures implantées dans la communauté) dans un cadre territorial. Le développement des services de santé mentale au plus proche du lieu de vie du patient, dans le sillage de la désinstitutionalisation, est un processus avec de nombreuses implications géographiques. Malgré la forte dimension spatiale des politiques de soins en santé mentale en France, le champ de la recherche de la géographie des soins psychiatriques est très peu développé en France, comparé aux autres pays occidentaux. Cette recherche analyse, tout d'abord, la localisation des services de santé mentale du XIXe siècle à nous jours, démontrant l'extrême difficulté d'achever les ambitions politiques initiales de la politique de sectorisation. Les critères administratifs, économiques et sociaux, ainsi que des pratiques d'exclusion, ont souvent dépassé les objectifs cliniques. En combinant approches qualitatives, analyses à l'échelle nationale et locale, cette recherche propose une lecture spatiale de l'histoire de la psychiatrie française institutionnelle

PIOVESAN (D.)
La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins.
Traité d'économie et de gestion de la santé.
Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses
2009
Pages : 447-459

DUHAMEL (G.), MINVIELLE (E.)
Evaluer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé.
Traité d'économie et de gestion de la santé.
Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses
2009
Pages : 306-314

POUVOURVILLE (G. de)
Le financement des hôpitaux.
Traité d'économie et de gestion de la santé.
Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses
2009
Pages : 269-274

COUTY (E.)
Les restructurations dans le secteur hospitalier.
Traité d'économie et de gestion de la santé.
Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses
2009
Pages : 247-254

BELORGEY (N.)
Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. (E.H.E.S.S.). Formation Doctorale Sciences de la Société. Paris. FRA
Réformer l'hôpital, soigner les patients : une sociologie ethographique du nouveau management public.
Thèse de Doctorat. EHESS Sociologie.
Paris : EHESS
2009/01
Pages : 595p., tabl.
Les pouvoirs publics français tentent depuis le milieu des années 1970 environ de « maîtriser les dépenses de santé », notamment dans les hôpitaux. En particulier, depuis le début des années 1980, ils expérimentent de nouveaux instruments de régulation économique, comme le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI, 1982) ou la Tarification à l'activité (T2A, 2005). Ils ont également de plus en plus recours aux outils du Nouveau management public (NMP), cette doctrine d'origine entrepreneuriale visant à importer dans le secteur public les outils du secteur privé : indicateurs de « performance », benchmarking, « responsabilisation » des professionnels, incitations financières au rendement, recours à des consultants privés, dédifférentiation entre les secteurs public et privé (notamment par la mise en cause des statuts de la fonction publique), enfin recours à des agences spécialisées et présentées comme purement techniques. Au-delà de leur théorie, en quoi consistent en pratique ces réformes managériales et quels sont leurs effets sociaux ? Pour répondre à cette question, l'enquête a procédé par deux voies d'entrée ethnographique, l'une partant des institutions décisionnelles pour « descendre » vers les hôpitaux et leurs patients, l'autre ancrée dans ceux-ci pour « monter » vers celles-là. Autrement dit, pour reprendre les catégories de la science politique anglo-saxonne, il s'agit de l'étude d'une policy par une approche à la fois top-down et bottom-up. La voie descendante est partie d'une agence typique du NMP, rattachée au ministère de la santé. Elle s'est prolongée par des consultants privés qui interviennent pour son compte dans des hôpitaux, pour enfin aboutir dans des services de soin. La voie ascendante est partie d'usagers du système de santé et de services de soin pour remonter vers l'agence ministérielle. L'enquête s'est concentrée en plus de celle-ci sur trois cabinets de conseil, trois services de soin (dont deux services d'urgence, cette spécialité étant particulièrement révélatrice des tensions de l'institution hospitalière), deux services administratifs, et les patients d'un réseau de soin ville-hôpital ; au total, elle s'est intéressée à une dizaine de cabinets de conseil et à une vingtaine d'établissements pour leurs services administratifs ou de soin ; elle a recueilli formellement 110 entretiens et ses observations ont se sont échelonnées sur quatre ans. Cette double voie d'entrée ethnographique, descendante et ascendante, a été complétée par des données quantitatives : deux questionnaires conçus inductivement, l'un destiné à des patients (n=154), l'autre à des soignants (n=105), ainsi que le retraitement de bases de données médico-administratives

recensant les passages dans certains services d'urgence (au total, 1,8 million de passages). La combinaison de ces sources permet de voir l'ensemble d'une politique publique en actes, depuis ses intentions jusqu'à ses effets sur les cibles de l'action, soignants (c'est-à-dire médecins et paramédicaux) ainsi que patients, en passant par ses instruments : outils de gestion et acteurs intermédiaires. Cette enquête s'inscrit dans un questionnement théorique qui relève à la fois de la sociologie politique, plus particulièrement celle de l'action publique, et de la sociologie économique, puisqu'elle s'appuie notamment sur les manières de compter des acteurs : tous font des comptes, mais ne comptabilisent pas les mêmes choses ni de la même façon, ce qui est à l'origine d'une grande partie de leurs conflits (D'après le résumé de l'auteur). .

BONNICI (B.)
L'organisation et le financement des établissements de santé.
La protection sociale en France : les notices : mise à jour 2008.
Paris : La Documentation Française
2008
Pages : 123-132
Depuis 2004, les établissements de santé publics et privés font l'objet de nouvelles réformes de grande ampleur, prises pour la plupart d'entre elles dans le cadre du plan hôpital 2007 : réforme de la gouvernance des établissements publics, mise en place de la tarification à l'activité (T2A), recomposition de l'offre hospitalière sur les territoires de santé, développement des procédures de certification des établissements de d'accréditation des personnels notamment médicaux. Cette notice présente l'organisation et le financement des deux grands types d'établissements de santé, publics et privés, sur la base de ces réformes, porteuses d'importantes modifications pour les structures du secteur hospitalier.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110070142/index.shtml

CLEMENT (J.M.)
Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours.
Bordeaux : Les Etudes hospitalières
2007
Pages : 95p.
Ce précis sera très certainement apprécié par tous ceux qui veulent comprendre le sens des réformes hospitalières. Il s'ouvre par une étude concise mais éclairante des diverses réformes depuis la Révolution de 1789. Il se poursuit par un examen critique - dans le meilleur sens du terme – des différentes réformes sous la Ve République : les ordonnances de décembre 1958, la loi du 31 décembre 1970 et celle du 31 juillet 1991, les ordonnances du 24 avril 1996, du 4 septembre 2003 et du 2 mai 2005, sans oublier la loi du 4 mars 2002. Enfin cet opuscule se termine par une réflexion libre sur le sens de ces réformes (4ème de couv.)

TABUTEAU (D.)
Les contes de Ségur : les coulisses de la politique de santé (1988-2006).
Paris : Editions Ophrys
2006
Pages : 420p.
Comment s'élaborent les politiques de santé ? Comment l'Etat s'organise-t-il pour lutter contre les risques qui menacent notre santé, des médicaments dangereux aux nouveaux virus, du bioterrorisme à l'alcoolisme et au tabagisme ? Comment s'est forgée la notion de sécurité sanitaire ? Comment se construisent les plans de maîtrise des dépenses de santé ? Comment les professions de santé et les laboratoires pharmaceutiques défendent-ils leurs positions ? Comment l'hôpital s'adapte-t-il aux rigueurs budgétaires et à la transformation de ses métiers ? L'auteur propose, à travers une visite guidée des coulisses du Ministère de la Santé, implanté avenue de Ségur à Paris, et des bureaux des agences de sécurité sanitaire, de parcourir l'histoire des politiques de santé et d'assurance maladie depuis la fin des

années 1980, de la coordination infirmière de 1988 à la création de l'agence du médicament, de la négociation des conventions médicales à la mise en place de la couverture maladie universelle et à la loi Kouchner. Radioscopie d'un système de santé, plus que jamais confronté aux déficits de la Sécurité sociale et à la résurgence des épidémies (Résumé d'auteur).

FAURE (O.) , PASCAL (C.) , TEIL (A.), GARCIA (E.) et al.
Que faire de l'hôpital ?
L'histoire du social.
Paris : L'Harmattan
2004
Pages : 369p.
Approcher et pénétrer l'hôpital, telle est l'invite que propose, dans cet ouvrage, un groupe de chercheurs en sciences de l'homme et de la société : historiens, gestionnaires et sociologues. L'hôpital est tel qu'une approche monodisciplinaire l'ampute ou occulte des pans entiers et de son anatomie et de sa physiologie. Nous avons choisi les voies de : l'histoire constitutive, les vies professionnelles et institutionnelles, les complexités managériales, les organisations, les référents des actions ; sans négliger le sens critique, attendu de toute authentique démarche de recherche.

AUTRET (J.)
L'hôpital aux prises avec l'histoire.
L'histoire du social.
Paris : L'Harmattan
2004
Pages : 236p.
Ce livre décrit les différentes structures de soins et dépeint le rôle des multiples agents du champ de la santé au fil de l'histoire. Démystifiant l'idéalisation généralement reportée des capacités soignantes durant les siècles passés, trois périodes se dessinent : celle du soin marqué au coin par la religion, celle où le soin est censé exalter les valeurs républicaines, enfin celle du soin marchand où l'économie prime.. une page d'histoire sociale qui s'appuie plus particulièrement sur les hôpitaux de l'Ouest de la France.
http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=17254

DESTAIS (N.)
Le système de santé : organisation et régulation.
Collection Espère.
Paris : Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence
2004
Pages : 256p., tab., index
Cet ouvrage vise à la fois à décrire le système de santé français - les acteurs en présence et leurs logiques, les règles qui le régissent, les résultats - et à tracer les grandes lignes des débats présents ou futurs relatifs à son fonctionnement et à son financement. Sans aucun esprit polémique et sans dissimuler les facteurs d'incertitude, il fournit quelques repères rigoureux pour comprendre les tensions qui traversent le système de soins et les enjeux des évolutions entrevues.

BUDET (J.M.), BLONDEL (F.)
L'hospitalisation publique et privée des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007.
Paris : Berger-Levrault
2004
Pages : 411p.
Le système hospitalier public et français a beaucoup évolué, ces dernières années. Le programme des ordonnances de 1996 s'organisait autour de trois axes : qualité, responsabilité, coopération. Le plan Hôpital 2007 vient parachever cette évolution dans un

souci de mise en cohérence, de décloisonnement et d'autonomie des systèmes hospitaliers publics et privés. Cette nouvelle édition fournit toutes les clés pour comprendre ces réformes successives ainsi que les enjeux et implications des derniers textes adoptés.

VIGNERON (E.), BENSADON (A.C.), NICOLAS (G.), BUDET (J.M.), DEVICTOR (B.), SAMBUC (R.) et al.
Santé et territoires, une nouvelle donne.
Bibliothéques des territoires.
La Tour d'Aigues : Editions de l'Aube, Paris : Datar
2003
Pages : 239p., tabl., ann.
L'actualité politique sur la décentralisation et la " régionalisation expérimentale" a une incidence sur la recomposition territoriale de l'offre de soins. Cette approche territoriale de la santé est abordée sous les aspects suivants : démographie médicale, intercommunalité hospitalière, politique du médicament, démarche qualité, transport sanitaire, réseaux de soins, télémédecine, systèmes d'information, développement de grands pôles régionaux de recherche et valorisation en biotechnologies.
THEVENET (A.)
Les institutions sanitaires et sociales de la France.
Que sais-je ? ; 2319.
Paris : Presses Universitaires de France
2002
Cet ouvrage présente de façon synthétique et actualisée les institutions sanitaires et sociales de la France. Il s'articule en 5 parties : les lois et les systèmes de protection sociale, les structures publiques institutionnelles, les établissements, les personnels et les usagers des institutions sanitaires et sociales.

CLEMENT (J.M.)
1900-2000 : la mutation de l'hôpital.
Paris : Les Etudes Hospitalières
2001
Pages : 218p.
Cet ouvrage, fruit d'une longue expérience de directeur d'hôpital, fait une large place à l'histoire institutionnelle avec une brillante synthèse sur les pouvoirs au sein de l'hôpital. Replacée dans son contexte économique et social, l'histoire de l'hôpital est celle d'une rupture entre la charité du début du siècle et l'entreprise de soins de l'an 2000. Tout a changé en peu de temps, la ligne de fracture se situant autour des années 1970 ; que ce soit la situation du malade, hier assisté, aujourd'hui client assuré social, que ce soit l'architecture qui s'est complexifiée considérablement, que ce soit l'organisation matérielle qui reste marquée par une division territoriale en services, contraire à la spécialisation et à la mise en réseau des soins.
De l'hôpital des incurables à l'hôpital Laennec : 1634-2000.
Paris : Editions Hervas
2000
Pages : 284p., phot.
Le projet de ce site est né, il y a dix ans, lorsque la fermeture de l'Hôpital Laennec fut confirmé, et qu'il fut décidé par ailleurs de construire l'Hôpital Pompidou. Il retrace, à la fois, l'histoire de l'hôpital Laennec, dit des "incurables" créé sous Louis XIII, ainsi que l'évolution de diverses spécialités médicales : chirugie pulmonaire, chirurgie cardiaque, immunologie, médecine nucléaire...

FERMAND (C.)
Les hôpitaux et les cliniques : architectures de la santé.
Collection Techniques de conception.
Paris : Le moniteur

1999
Pages : 287p., tabl., graph., fig., phot., index
Cet ouvrage sur l'architecture hospitalière constitue une référence sur le processus complexe de production d'un établissement de santé, de l'élaboration du projet médical à la construction et l'aménagement intérieur, en passant par la programmation et la conception. Longtemps considérée comme un domaine à part, la construction hospitalière est depuis quelques années l'objet de concours d'architecture. Rompant avec la politique des modèles, la conception de cet équipement a évolué et s'est diversifié tant d'un point de vie formel que morphologique et fonctionnel. De manière concomitante, la programmation hospitalière s'est généralisée et affinée prenant en compte les besoins du personnel et l'évolution des pratique médicales comme les progrès techniques et technologiques. Catherine Fermand, architecte libérale, a rassemblé et analysé dans cet ouvrage, quantité d'informations et de documents indispensables à la compréhension de ce domaine particulier, offrant ainsi un véritable outil de travail pour tous les acteurs de la construction des équipements de santé, qu'il s'agisse de neuf, d'extension ou de réhabilitation.

FILLAUT (T.)
Le système de santé français 1880-1995 (aide-mémoire).
Rennes : Editions ENSP
1997
Pages : 78p., carte, ill., graph., tabl.
Ce document présente l'évolution et l'histoire du système de santé en France, de la révolution pastorienne au cinquantenaire de la Sécurité sociale. Il a pour but de proposer des points de repères afin de mieux situer les débats actuels dans la longue durée, et de re-situer des événements du passé dans leur contexte. Trois aspects du système de santé ont été développés successivement : l'état de santé de la population française (groupe de la population), l'offre de soins (groupe des producteurs de soins) et protection sociale (groupe des institutions chargées de l'organisation administrative et du financement).

SOURTY-LE GUELLEC (M.J.)
Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA
L'avenir de l'hôpital : Quelles alternatives.
Rapport Credes.
Paris : CREDES
1997/06
Pages : 9p.
Après un bref aperçu historique sur le rôle de l'hôpital, ce document nous donne une définition de l'alternative à l'hospitalisation. Les raisons et les freins à sa mise en place nous sont également exposés. Ce document se termine par l'avenir des alternatives.

TANTI-HARDOUIN (N.)
L'hospitalisation privée. Crise identitaire et mutation sectorielle.
Les études de la Documentation Française.
Paris : La Documentation Française
1996/10
Pages : 205p., 1 carte, 22 graph., 42 tabl., 4 ann.
Cet ouvrage, après un rappel historique, dresse un tableau de l'activité des établissements privés dans leur diversité et dans leurs rapports avec le système hospitalier en général. Au moment où les pouvoirs publics engagent de nouvelles réformes, il met en lumière les enjeux et les défis auxquels le secteur hospitalier privé doit faire face, s'agissant de ses coûts, de son efficacité et de la qualité des soins offerts.

MARECHAL (J.P.)
Réformer l'hôpital.

Santé et politiques sociales.
Paris : Hermes
1996
Pages : 160p.
L'hôpital constitue, l'un des axes prioritaires de réflexion sur la réforme de notre système de santé. L'auteur de cet ouvrage s'appuie sur une analyse du passé et sur l'étude des différentes lois qui ont tenté de réformer l'hôpital, pour dégager les concepts les concepts organisationnels et les éléments dynamiques : instauration d'une direction médicale qui permettrait à la structure hospitalière d'atteindre un nouvel équilibre.

FOURNIER (V.)
L'hôpital sens dessus dessous.
Paris : Editions Michalon
1996
Pages : 315p.
L'objectif de cet ouvrage est de donner à chacun des éléments de réflexion sur l'avenir de l'hôpital public et de démontrer qu'il existe une troisième voie entre le "tout social" et le "tout libéral". Riche en exemples et en propositions concrètes, il donne des outils pour apprécier les solutions suggérées par les politiques, les économistes et les prospectivistes.

L'administration de la santé en France.
Paris : l'Harmattan
1995
Pages : 489p.
Cote Irdes : A1648
La sous-administration de la santé en France, le manque de lisibilité des mécanismes de gestion de la solidarité, la crise de la protection sociale sont autant de thèmes récurrents des rapports et colloques traitant, depuis quelques années, du domaine sanitaire et social. Dans cet ouvrage, l'auteur, praticien de l'administration sanitaire et sociale, ne se contente pas de mettre en évidence les problèmes de méthode que pose l'action administrative dans ce secteur complexe. Tout en décrivant les missions des services sanitaires et sociaux de l'Etat au niveau local, il souligne le coût des insuffisances et des ambiguités des politiques sanitaires et sociales, le rapport de forces défavorable entre l'Etat et les acteurs du système de santé et ses conséquences pour la collectivité. Les données historiques et sociologiques contribuent à éclairer les raisons pour lesquelles l'Etat ne s'est que rarement donnée l'administration de sa politique en sa matière. L'acuité et le caractère multiforme de la crise du système sanitaire et social peuvent déboucher, demain, sur des choix opposés de la part des pouvoirs publics. Depuis la décentralisation, l'administration sanitaire et sociale de l'Etat n'en finit pas de se reconstruire.

BONNICI (B.)
L'hôpital : enjeux politiques et réalités économiques
Société
Paris : La Documentation Française
1992
Pages : 182 p., graph.
Ouvrage de synthèse sur l'hôpital et la gestion de son budget. La première partie est un rappel de l'évolution des rapports de dépendance liant historiquement le monde hospitalier à l'Etat et présente aussi le partage des pouvoirs qui s'établit entre les différents acteurs à l'intérieur des établissements. La seconde partie met en lumière les défis auxquels l'hôpital doit faire face (coût, efficacité, qualité des soins).

PEIGNE (Francis)
Notre système hospitalier et son avenir.
Rennes : Editions ENSP

1991
Pages : 290p., 2 ann., graph.
Rapport sur l'avenir de l'hospitalisation publique et privée en France, élaboré à la demande du Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, suite au rapport d'étape d'avril 1989 qui dressait un premier tableau du système hospitalier et qui formulait des propositions qui servirent de base à l'actuelle loi sur la réforme hospitalière. Après avoir fait un état des lieux, et des besoins de l'hôpital dans le système de santé français, l'auteur s'efforce de développer les conséquences des propositions retenues et fournit les clés pour en arriver à une évaluation du système hospitalier.

SCHERRER (P.)
Un Hôpital sous l'occupation
Paris : Atelier Alpha Bleue
1989
Pages : 187 p.
Récit du docteur Pierre Scherrer, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique d'Auxerre, pour la période 1940-1945. Ce livre est un témoignage sur l'activité psychiatrique de ces années, avec en particulier l'introduction de l'électrochocs. La suite est "L'Hôpital libéré".

SCHERRER (P.)
L'hôpital libéré
Paris : Atelier Alpha Bleue
1989
Pages : 272 p.
ISBN : ISSN :
Suite du récit "Un Hôpital sous l'occupation". Le docteur Pierre Scherrer, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique d'Auxerre de 1942 à 1975, nous fait découvrir la transformation de son hôpital à travers l'achèvement des neuroleptiques et la création d'un service libre.

HONORE (B.)
INSTITUT DE FORMATION ET D'ETUDES PSYCHOSOCIOLOGIQUES ET PEDAGOGIQUES
L'hôpital et son projet d'entreprise
Toulouse : Editions Privat
1990
Pages : 205 p.
La notion de projet d'entreprise est maintenant répandue dans tout le contexte économique et social contemporain. La spécificité de l'ouvrage de Bernard Honoré est de proposer une réflexion sur son application aux établissements de soins. L'hôpital peut-il s'inspirer de cette nouvelle politique sociale que représente le projet d'établissement ? L'analyse des caractéristiques d'un projet hospitalier est donc l'axe de ce livre, mais celle-ci s'accompagne d'une très éclairante réflexion sur le sens même de la démarche de projet dans l'entreprise et sur la spécificité des fonctions de l'établissement de santé. La notion de projet est au coeur des travaux préparatoires à l'élaboration de la nouvelle loi hospitalière. L'ouvrage de Bernard Honoré constituera donc une référence pour ceux qui, à tous les niveaux de la structure hospitalière, sont amenés à réfléchir sur le sens de leur mission et sur l'édification de l'hôpital du futur non seulement lieu de maladie, mais lieu de santé. (résumé d'auteur)

MAILLARD (C.)
Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours : Comment la santé est devenue une affaire d'Etat
Paris : Dunod
1986/10
Pages : 200p.

Dans cet ouvrage, l'auteur nous dévoile l'évolution de l'hôpital de 1940 à 1986 tant au point de vue du rôle, de l'organisation, de la gestion de l'hôpital que de son autonomie perdue vis à vis de l'Etat.

CLEMENT (J.M.)
Les réformes hospitalières 1981-1984
Manuels B.-L. Santé
Paris : Berger-Levrault
1985/03
Pages : 279 p.
Charte de la santé, loi du 3 janvier 1984 portant réforme hospitalière, dotation globale de financement, réforme des études médicales , amélioration du droit des agents et réduction du temps de travail, accroissement des compétences de la profession infirmière, la liste est longue des modifications hospitalières depuis 1981. Abordant chacun de ces thèmes, les réformes hospitalières sont conçues pour permettre à un très large public de démêler l'écheveau de ces changements en exposant leurs causes et en présentant leur réalité. Le lecteur trouvera en annexe les principaux textes législatifs et réglementaires parus entre 1981 et 1984. (Résumé d'Auteur).

ETIENNE (J.P.), CHANTEREAU (S.), CORDIER (A.)
MINISTERE DE LA SOLIDARITE - DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTERE CHARGE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES
Planification hospitalière
Paris : La Documentation Française
1985/12
Pages : 323 p., tabl., carte
Rapport remis en décembre 1985 au Ministre d'Etat, Ministre de l'Economie et des Finances et au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, sur la politique hospitalière de France. Ce document définit des orientations nouvelles liant objectifs de santé et impératifs économiques. Il étudie les décisions d'équipement à l'hôpital, l'organisation du travail, ainsi que la planification des activités hospitalières publiques et privées.

IMBERT (J.)
Les hôpitaux en France
Que sais-je ?
Paris : P.U.F.
1981
Pages : 126p.

Observatoire Régional de Santé d'Ile de France. (O.R.S.I.F.). Paris. FRA.
Fréquentation hospitalière et sectorisation sanitaire.
Paris : ORSIF
1976
Pages : pag mult., tabl., carte, graph.

ROCHAIX (M.)
Fédération Hospitalière de France. (F.H.F.). Paris. FRA
Essais sur l'évolution des questions hospitalières de la fin de l'ancien régime à nos jours.
Paris : F.H.F.
1959
Pages : 356p.

Articles

COLDEFY (M.), LUCAS-GABRIELLI (V.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 *à 2011.*
Paris : Irdes
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)
2012/04
Vol : : n°: 175 Numéro spécial : : Pages : 1-8
En 2003, lors de l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (Sros 3), le territoire de santé devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins, se substituant à la carte sanitaire créée en 1970. Le territoire de santé est pensé comme un élément structurant de l'organisation des soins encadré par des objectifs quantifiés de l'offre de soins et un projet médical de territoire ; il est également un espace de concertation entre acteurs de santé à travers les conférences sanitaires de territoire. Dans ce nouveau contexte, les régions sont incitées à repenser le territoire et son découpage. D'abord centré sur l'hôpital avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), le territoire est ensuite élargi à des activités de santé publique et d'accompagnement médico-social dans le cadre de la loi Hôpital, santé et territoires (HPST) de 2009, avec les Agences régionales de santé (ARS). Comment les régions ont-elles fait évoluer ce maillage ? Un panorama de la territorialisation en santé de 2003 à 2011.
http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes175.pdf

CAILLOL (M.), LE COZ (P.), AUBRY R.), BRECHAT (P.H.)
Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques.
SANTE PUBLIQUE
2010/11-12
Vol : 22 : n°: 6 Pages : 625-636
Les réformes du système de santé et des hôpitaux ont induit des évolutions législatives, structurelles et organisationnelles importantes et continues. Existe-t-il des logiques à l'œuvre au sein du système de santé et des hôpitaux qui pourraient remettre en question le principe de solidarité, les valeurs séculaires de l'éthique qui régissent les textes de la déontologie et du droit ? Pour apporter des éléments de réponse à ces questions, nous avons confronté nos expériences avec une revue de la littérature professionnelle et scientifique de 1991 à 2010. Ces dix-neuf dernières années, l'organisation du système de santé a été soumise à des variations et des tensions importantes. Ces variations sont les témoins d'un changement de doctrine : si une étape de territorialisation du système de santé alliant choix des priorités de santé publique, concertation et démocratie participative a été mise en œuvre, le système a ensuite été orienté vers une affirmation du pouvoir central alliant économie, technicisation et contractualisation. Ce changement de doctrine est susceptible de remettre en cause la mission sociale des hôpitaux et le principe de solidarité. Le progrès, le vieillissement de la population, ainsi que les contraintes financières obligeraient les décideurs à orienter le système de santé vers plus de contrôle. Hôpitaux, professionnels de santé et usagers peuvent se sentir écartelés entre un système qui tendrait à simplifier et minimiser ce qui se complexifie et qui est global. Des repères sur les valeurs, l'éthique, la déontologie et le droit pour l'hôpital, les professionnels de santé et les usagers sont interrogés. Ces éléments sont importants à prendre en compte au moment où la Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et les agences régionales de santé sont mises en œuvre.

Politique de santé 1945-2011. Solidarité maintenue et gestion étatisée : réflexions d'un praticien hospitalier.

RENOU (Philippe)
C, P22
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, n°541, 2011/07-08
[BDSP. Notice produite par EHESP kEoD7R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article étudie successivement la création de la sécurité sociale et des hôpitaux modernes au lendemain de la Seconde guerre mondiale, puis les bouleversements de la médecine au plan scientifique et technique. Il retrace ensuite les prises de positions, actions et oppositions du corps médical avant d'évoquer le temps présent, c'est-à-dire la loi HPST et les perspectives, à moyen et long termes, du maintien ou non de la démocratie sanitaire au XXIe siècle. (R.A.).

BOUSIGES (Richard)
Hôpital et littérature.
Hôpital et culture.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2010/07-08
n°: 535 : Pages : 40-56
[BDSP. Notice produite par EHESP F8q7R0xp. Diffusion soumise à autorisation]. Nombreux sont les écrivains qui ont analysé, glosé, raconté, après avoir... imaginé ou réellement vécu leur hospitalisation ! Rares et partielles sont, en revanche, les études consacrées au sujet. Et quel sujet ! L'hôpital et son évolution à travers la littérature française, pour l'essentiel, des XIXe et XXe siècles ; l'entreprise est vaste autant que passionnante. Toutes les formes sont explorées : romans et documents, poèmes, récits autobiographiques, témoignages. Quels regards sont portés sur l'institution multiséculaire des auteurs aussi différents que Flaubert et Balzac, Eugène Sue et Dumas, les Goncourt ? Et, plus près de nous, Bazin, Malraux, Albertine Sarrazin, Hervé Guibert, Jean-Christophe Rufin ? Que nous racontent ces "voix de papier", célèbres ou familières ?
œuvre.

COUTY (E.)
Hôpital public : le grand virage.
La privatisation de la santé.
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010
n°: 28 : Pages : 39-48
Les réformes qui font entrer l'hôpital dans le XXIe siècle (plan « Hôpital 2007 » et loi HPST) mettent en place une série de mesures d'inspiration libérale qui peuvent remettre en cause le secteur public hospitalier en France. La convergence des tarifs publics et privés dans le système de financement à l'activité et les effets de marchandisation qu'elle entraîne, les contrats de partenariat public-privé (PPP) pour la réalisation d'investissements et l'exploitation de services hospitaliers, enfin la suppression du service public hospitalier et l'avènement d'une gouvernance pour un hôpital-entreprise sont autant de signaux d'une rupture avec les valeurs qui fondent les missions de l'hôpital public et donnent sens à l'action de ses personnels. Cette rupture s'accompagne d'un retour en force de l'État central, la politique contractuelle étant biaisée par l'institution d'une ligne hiérarchique pyramidale qui va jusqu'aux services de proximité. L'article s'efforce d'analyser ce processus simultané de « privatisation » et de « nationalisation » qui se met en place dans un contexte économique et financier dont la gravité exige effort de solidarité et rigueur de la part de tous les acteurs (résumé de l'éditeur).

VEGA (A.)
L'hôpital revisité par les historiens.
MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2010/03
Vol : 6 N° : 3

Pages : 139-142
Étudier l'hôpital d'aujourd'hui à l'aune du passé permet de repenser les héritages religieux de l'institution et de resituer l'histoire médicale au sein d'un vaste champ culturel la débordant largement. En effet, des personnalités d'origines professionnelles diverses et le plus souvent militantes ont marqué l'institution. De plus, au regard des éléments essentiels de compréhension de la longue histoire des hôpitaux, les limites des réformes actuelles semblent manifestes.

VEGA (A.)
L'hôpital revisité par les historiens. Deuxième partie : bouleversements culturels et difficultés au travail.
MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2010/04
Vol : 6 N° : 4
Pages : 185-188
Dans un premier article (Médecine mars), nous avions envisagé, l'hôpital au travers des contributions de personnages emblématiques de ses changements. Or, l'historien pose également un regard élargi sur l'institution, traversée par les soubresauts de la société, tant démographiques (guerres, épidémies et pandémies) que politiques et socio-économiques (évolutions des réformes sociales, du marché du travail, du niveau d'instruction de la population et des regards portés sur l'indigence, puis sur le soin). Cette vaste fresque historique permet de mieux comprendre ce qui a permis à la médecine hospitalière de devenir de plus en plus efficace. Mais l'auteur ne se contente pas d'égrener les contributions de personnages emblématiques à ces changements.

DOMIN (Jean-Paul)
Hôpital, patients, santé, territoires. Cinquante ans de politique hospitalière.
GESTIONS HOSPITALIERES
2008/12
N° : 481
Pages : 698-702
Le 11 décembre 1958, Bernard Chenot, ministre de la Santé, signe une ordonnance qui va profondément transformer la politique hospitalière, notamment en faisant du ministère l'autorité suprême. Cinquante ans plus tard, dans son projet de loi déposé le 22 octobre 2008, Roselyne Bachelot-Narquin confirme la prise de pouvoir d'une autorité exécutive élargie (le directoire) et s'inscrit dans la perspective de l'ordonnance de 2 mai 2005 en favorisant une nouvelle gouvernance hospitalière censée rapprocher personnels médicaux et administratifs. Mais le changement n'est peut-être pas aussi profond qu'il en a l'air

SCHWEYER (F.X.)
La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'Etat ou territorialisation.
Politiques sociales et territoires.
Paris : Institut de Management Public
POLITIQUES ET MANAGEMENT PUBLIC
1998/09
Vol : 16 N° : 3
Pages : 43-68
Le système hospitalier a connu un développement sans précédent pendant deux décennies, de 1960 à 1980. Très tôt, les problèmes de la maîtrise des dépenses et de la coordination de l'offre hospitalière se sont posés. L'Etat a mis en place une administration déconcentrée et créé des outils pour tenter de réguler les hôpitaux publics, les cliniques privées étant, elles, sous le contrôle de la Sécurité sociale. Les réformes se sont succédé pour tenter de rendre effective une régulation qui semblait impossible. Ainsi, la création, en 1996, des agences régionales de l'hospitalisation est plus l'aboutissement d'un mouvement de mise en

cohérence de l'action de l'Etat que l'avènement d'une territorialisation de la régulation hospitalière.

RAYNAUD (P.), VEYRET (L.), CAVAILLON (D.)
1945-1995 : un demi siècle de vie hospitalière.
TECHNIQUES HOSPITALIERES
1995/10
Vol : 50 N° : 600
Pages : 22-80

Institut d'Aménagement et d'Urbanisme de la Région d'Ile de France. (I.A.U.R.I.F.). Paris. FRA
Contribution à la carte hospitalière de la région parisienne.
Contribution à la carte hospitalière de la région parisienne.
Paris : I.A.U.R.I.F.
CAHIERS DE L'I.A.U.R.I.F.
1972/10

Quelques études internationales

Ouvrages, rapports, working papers

Comparing Hospital and Health Prices and Volumes Internationally. Results of a Eurostat/OECD Project.
KOECHLIN (F.),KONIJN (P.),LORENZONI (L.),et al.
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA
En ligne
Paris : OCDE, 2014/08
http://www.oecd.org/health/workingpapers
Health services account for a large and increasing share of production and expenditure in OECD and Eurostat countries but there are also noticeable differences between countries in expenditure per capita. Whether such differences are due to more services being consumed or whether they reflect differences in the price of services is a question of significant policy relevance. Yet, cross-country comparisons of health services have typically not disentangled these effects. This paper presents the results of a joint effort between OECD and Eurostat in developing price comparisons for health goods and services. The main novel feature is the collection of comparable and output-based prices for hospital services that can then be applied to matching national accounts expenditure data so as to derive consistent price and volume comparisons of health products. The data is novel in that it reflects "quasi prices" (negotiated or administrative prices or tariffs) of the output of hospital services, instead of prices of inputs such as wages of medical personnel. The new methodology moves away from the traditional input perspective, thereby relaxing the assumption that hospital productivity is the same across countries...

Effects of Demographic Changes on Hospital Workforce in European Countries.
RADVANSKI (M.)
En ligne
Nep-Repec/EconPapers, 2014
http://econpapers.repec.org/paper/ekd006356/7198.htm

Demographic trends and ageing are one of the main factors influencing future trends in the socio-economic development of all European countries expressed in significant changes in labour market structure. This paper is devoted to analysis of future demand for hospital care in European countries between years 2010-2030 and its influence on expected workforce. There are two main drivers to future changes in demand, demographic change and utilization patterns. Due to structure of existing data, the estimation of future needs is based on the utilization method. Used methodology is based on previous published work (Schultz et al., 2013), (Schultz (a), 2013) and (Radvanský, Dovál ová, 2013). To illustrate the estimation of future demand for hospital care, population forecast Europop 2013 has been used as well as trend analysis for utilization indicators by 5 year age groups. The target year for the foresight is 2030. Presented cross-country comparison shows, that despite the similar demographic trends in all European countries, the situation in health care demand, especially length of stay and number of discharges (incl. trends) is significantly different. Development of expected hospital utilization is based on rather simple time series analysis. On the other side, the main purpose of this paper is to present the broader overview of possible labour force shortages in specific sector of employment. We have been able to estimate future demand for employment for all EU countries.

Readmission and Hospital Quality under Prospective Payment System.
GUCCIO (C.),LISI(D.),PIGNATORO (G.)
University of Catania. Department of Economics. Catania. ITA
En ligne
Catania : University of Catania, 2013/11
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2350689
Nowadays different healthcare policies in OECD countries seem to consider hospital readmission somehow "quality dependent". Nonetheless, the theoretical literature on the incentives provided by payment systems tend to disregard this aspect, which indeed might be relevant in driving providers' behaviour. In this paper we study the incentives for hospitals to provide quality and cost-reducing effort under different payment regimes, either a global budgeting or a prospective payment system, considering explicitly the role played by financial incentives directly linked to readmission. As far as the specific results about quality are concerned, we find that prospective payment systems do not necessarily perform better than retrospective systems if the reimbursement to hospitals is not adjusted to take into account specific outcome-based indicators of quality, such as readmission. More specifically, if patients readmitted are fully paid to hospitals, moving from a retrospective to a prospective payment systems might even induce a reduction on quality and, in turn, an increase in readmission probability. However, if the prospective payment system is adjusted for internalizing this counter-incentive, by a different payment for patients readmitted, it could be able to foster a higher treatment quality through the competition channel.

Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries.
KUMAR (A.),SCHOENSTEIN (M.)
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA
En ligne
Paris : OCDE, 2013/11
10.1787/5k3xwtg2szzr-en
Afin d'apporter des informations à l'appui de la conférence organisée le 11 avril 2013 par le ministère allemand de la Santé (BMG) et l'OCDE sur le thème de la « Gestion des volumes d'activité des hôpitaux », le Secrétariat de l'OCDE a élaboré ce document, qui permet d'aborder la situation de l'Allemagne et le débat en cours selon une perspective internationale. Ce texte livre un certain nombre d'observations concernant la structure et le financement des hôpitaux allemands. Il montre dans un premier temps que l'Allemagne a du financement des services hospitaliers une approche plus ouverte que de nombreux autres pays de l'OCDE, et que le budget des hôpitaux y est plus faiblement contrôlé. Cela tient en

grande partie au fait que la tarification des services hospitaliers repose en Allemagne presque exclusivement sur les groupes homogènes de malades (GHM), alors que d'autres pays s'en servent plutôt – avec un grand nombre d'autres outils – pour contrôler le budget des hôpitaux. Cette situation est renforcée par le fait que les autorités des Länder ne sont pas incitées à rationaliser la capacité du secteur hospitalier, alors que cela pourrait être souhaitable. Enfin, le document fait valoir que les nombreuses informations disponibles en Allemagne sur la qualité des soins devraient contribuer à une meilleure affectation des financements

Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux.
CASTONGUAY (J.)
Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations. (C.I.R.A.N.O.). Montréal. CAN
En ligne
Montréal : CIRANO, 2013
http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2013RP-06.pdf
Cet document compare les réformes de santé au sein de six gouvernements afin de déterminer s'il existe des mécanismes de gouvernance, en particulier de rémunération des hôpitaux, qui incitent à une plus grande productivité. Elle fait ressortir les différences avec le système québécois et propose des changements à apporter pour l'améliorer.

Building European reference networks in health care. Exploring concepts and national practices in the European Union.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL , Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL
En ligne
Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe, 2013/01
http://www.euro.who.int/fr/what-we-publish/abstracts/building-european-reference-networks-in-health-care.-exploring-concepts-and-national-practices-in-the-european-union
Conformément à la directive européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, le développement de réseaux européens de référence a été promu comme l'un des principaux domaines de la coopération transfrontalière entre les États membres. Ces réseaux visent à améliorer l?accès aux soins de santé spécialisés et de qualité élevée et la prestation de tels soins à tous les patients qui en ont besoin, et à constituer des points focaux en matière de formation et de recherche médicales ainsi que de diffusion de l'information et d'évaluation, en particulier pour les maladies rares. L'idée de mutualiser les ressources de cette manière s'apparente aux efforts visant à concentrer les services spécialisés de soins de santé en raison des contraintes financières, des pénuries de main-d'oeuvre et de l'attention croissante portée à la qualité et à la sécurité. Cet ouvrage examine le mode de développement des réseaux de référence dans les pays européens, le type de pathologies ou d'interventions concerné, les motivations derrière leur mise en place, les processus réglementaires et administratifs en cause, ainsi que les dispositions financières nécessaires. Cette étude met en évidence les principaux défis et implications politiques liés à l'instauration du concept des réseaux de référence aux niveaux national et européen, et aidera les responsables politiques, les professionnels de la santé, les administrateurs et d'autres personnes concernées à la mise en oeuvre de la directive.

Hospitals and borders. Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions.
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE,European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL,Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Bruxelles. BEL
En ligne

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe, 2013
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/233515/Hospitals-and-Borders.pdf
The European Union (EU) Directive on the application of patients' rights in cross-border health care explicitly calls for Member States to cooperate in crossborder health care provision in border regions. Given that most cross-border collaboration in the health care field involves secondary care, the legal text places hospitals close to national frontiers at the centre of attention. But how do hospitals interact with each other and with other health care actors across borders? Why does cross-border collaboration take place? Who actually benefits from it? And when does it work? These are the questions at the heart of the present volume. Seven case studies examine the circumstances under which cross-border collaboration is likely to work; the motivations and incentives of health care actors;and the role played by health systems, individuals and the EU in shaping crossborder collaboration. The study is original in that it produces qualitative and analytical scientific evidence on aspects of cross-border collaboration involving hospitals from a geographically diverse selection of cases covering 11 EU and non-EU countries (Austria, Belgium, Bulgaria, Denmark, Finland, France, Germany, the Netherlands, Norway, Romania, and Spain). This book is of interest to decision-makers and field actors engaged in or considering cross-border collaboration. Questions on feasibility, desirability and implementation are at the core of the analysis. The book puts forward policy conclusions directly linked to the EU Directive on patients' rights and proposes a "toolbox" of prerequisites necessary to start or maintain cross-border collaboration in health care. In addition to its deliberate policy perspective, it is relevant to observers and students of the intersection between the EU and domestic health systems known as cross-border health care.

Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?
SICILIANI (L.), BOROWITZ (M.), MORAN (V.)
A4475
Paris : OCDE, 2013
http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en
The book first provides a framework to understand the role of waiting times in health systems. It then discusses variation and best practice in defining and measuring waiting times across OECD countries. The book summarises and discusses the effectiveness of the most common policies to address long waiting times in 13 OECD countries; It also provides detailed country case studies respectively in Australia, Canada, Denmark, Finland, Ireland, Italy, Netherlands, New Zealand, Norway, Portugal, Spain, Sweden, and the United Kingdom. It describes current policy developments and assesses the effectiveness of policies in the last ten years.

What is the evidence on the economic impacts of integrated care?
NOLTE (E.),PITCHFORTH (E.
World Health Organization. (W.H.O.). Regional Office for Europe. Copenhague. DNK,European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. EUR)
En ligne
Copenhague: OMS - Bureau régional de l'Europe, 2014
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf
This new policy summary reviews the existing evidence on the economic impact of integrated care approaches. Whereas it is generally accepted that integrated care models have a positive effect on the quality of care, health outcomes and patient satisfaction, it is less clear how cost effective they are. As the evidence-base in this field is rather weak, the authors suggest that we may have to revisit our understanding of the concept and our expectations in terms of its assessment. Integrated care should rather be seen as a complex strategy to innovate and implement long-lasting change in the way services in the health and social-care sectors are delivered.

The changing hospital landscape. An exploration of international experiences.
NOLTE (E.),PITCHFORTH (E.),MIANI (C.),HUGHES (S.)
Rand Europe. Cambridge. GBR
En ligne
Santa Monica : Rand corporation, 2014
http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR700/RR728/RAND_RR728.pdf
The nature of hospital activity is changing in many countries, with some experiencing a broad trend towards the creation of hospitals groups or chains and multi-hospital networks. This report seeks to contribute to the understanding of experiences in other countries about the extent to which different hospital 'models' may provide lessons for hospital provision in England by means of a review of four countries: France, Germany, Ireland and the United States, with England included for comparison. We find that here has been a trend towards privatisation and the formation of hospital groups in France, Germany and the United States although it is important to understand the underlying market structure in these countries explaining the drivers for hospital consolidation. Thus, and in contrast to the NHS, in France, Germany and the United States, private hospitals contribute to the delivery of publicly funded healthcare services. There is limited evidence suggesting that different forms of hospital cooperation, such as hospital groups, networks or systems, may have different impacts on hospital performance. Available evidence suggests that hospital consolidation may lead to quality improvements as increased size allows for more costly investments and the spreading of investment risk. There is also evidence that a higher volume of certain services such as surgical procedures is associated with better quality of care. However, the association between size and efficiency is not clear-cut and there is a need to balance 'quality risk' associated with low volumes and 'access risk' associated with the closure of services at the local level.

A comparative analysis of hospital care payments in five countries
DE VOORDE (C.),GERKENS (S.),VAN DEN HEEDE (K.),et al.
Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.). Bruxelles. BEL
En ligne
Bruxelles : KCE, 2013
https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_207_hospital_financing.pdf
Recently, the hospital payment system, including the remuneration of medical specialists, has been the topic of considerable policy debate in Belgium. The Minister of Social Affairs and Public Health announced ‘a roadmap for a prospective hospital payment system, based pathologies, to be presented to the Council of Ministers at the beginning of October 2013’. As part of that roadmap, the Strategic Cell of the Minister asked KCE (May 2013) to make a comparative analysis of the prospective case-based hospital payment systems, including the remuneration of medical specialists, in a selection of countries. The focus of this comparative analysis is on the ‘lessons learned’ from the introduction and reforms of such systems. Special attention will be given to financial incentives to improve quality and to encourage the implementation of integrated care systems. The report addresses three research questions : How are hospitals and medical specialists paid in a selection of countries with a prospective case ? What are the intended/unintended consequences of a case prospective hospital payment system? 3. How are incentives for improving quality and for stimulating integrated care systems introduced in hospital payment systems? The ultimate goal of the report is to identify the lessons that can be learned from the hospital payment system and remuneration of medical specialists in the selected countries (résumé de l'éditeur).

European Hospital Survey: Benchmarking deployment of e-Health services (2012–2013) – Country reports.
SABES-FIGUERA (R.)
European Commission. Joint Research Centre. Institute for Prospective Technological Studies. Séville. ESP

c, En ligne
Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013
http://ftp.jrc.es/EURdoc/JRC85927.pdf
A widespread uptake of eHealth technologies is likely to benefit European Healthcare systems both in terms of quality of care and financial sustainability and European society at large. This is why eHealth has been on the European Commission policy agenda for more than a decade. The objectives of the latest eHealth action plan developed in 2012 are in line with those of the Europe 2020 Strategy and the Digital Agenda for Europe. This report, based on the analysis of the data from the "European Hospital Survey: Benchmarking deployment of e-Health services (2012–2013)" project, presents policy relevant results and findings for each of the 28 EU Member States as well as Iceland and Norway. The results highlighted here are based on the analysis of the survey descriptive results as well as two composite indicators on eHealth deployment and eHealth availability and use that were developed based on the survey's data.

European Hospital Survey: Benchmarking Deployment of e-Health Services (2012–2013) - Composite Indicators on eHealth Deployment and on Availability and Use of eHealth Functionalities.
SABES-FIGUERA (R.),MAGHIROS (I.)
European Commission. Joint Research Centre. Institute for Prospective Technological Studies. Séville. ESP
c, En ligne
Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013
http://ftp.jrc.es/EURdoc/JRC85845.pdf
The objective of this document is to present results of a benchmarking exercise on the level of eHealth adoption and use in acute hospitals in all 27 EU Member States and Croatia, Iceland and Norway (EU27+3). This exercise is based on data from two surveys carried out in 2010 (Deloitte/Ipsos 2011) and 2012 (PWC 2013) that gathered data on eHealth indicators in acute hospitals. These indicators have been compiled into two different composite indicators on: 1) eHealth deployment and 2) eHealth Availability and Use. The composite indicators are calculated at Hospital level before obtaining average country values, allowing the analysis to build rankings of countries for both composite indicators. Given that the mentioned two surveys gathered comparable information in relation to eHealth deployment, it was possible to compute the related composite indicator for both years and therefore explore its evolution over this 2 year period. However, the questions that gathered information on availability and use of eHealth specific functionalities were introduced in the 2012 survey questionnaire which is why no comparison can be made with the 2010 survey. The structure of the report is as follows. The next section presents the data and methods used. The results section then reports and discusses the main findings. Finally, main conclusions are discussed in the last section

Mapping Exclusion - Institutional and community-based services in the mental health field in Europe.
KOZMA (A.),PETRI (G.)
Mental Health Europe. (M.H.E.). Bruxelles. BEL
En ligne
, 2012/11
http://www.mhe-sme.org/fileadmin/Position_papers/Mapping_Exclusion_-_ind.pdf
This report aims to present information about the state of deinstitutionalisation and community living in the mental health field across Europe, and give a general overview of institutional and community-based, non-institutional residential support. The main focus of this report is to map long-term care for people with mental health problems in European countries, including longstay hospital care, social care institutions and community-based residential arrangements. The report is divided into three parts. The first part provides an overview of the policy context of deinstitutionalisation and mental health reform in Europe as

well as a brief review of the process of deinstitutionalisation and community-based care. The second part describes some of the recent trends in the transition to community-based care in Europe. This part draws on both recent research as well as information from Mental Health Europe member organisations and external experts (where member organisations were not available or could not provide the relevant information). Part three puts forward some conclusions and recommendations for European and national stakeholders. Individual country reports can be found in the annex.

The scale of hospital production in different settings: One size does not fit all.
ASMILD (M.) , HOLLINGSWORTH (B.) , BIRCH (S.)
University of Copenhagen. Institute of Food and Resource Economics. Copenhague. DNK
En ligne
Copenhague : University of Copenhagen, 2012/12
http://okonomi.foi.dk/workingpapers/MSAPpdf/MSAP2012/MSAP_WP04_2012.pdf
This paper analyses the productive efficiency of 141 public hospitals from 1998-2004 in two Canadian provinces; one a small province with a few small cities and a generally more rural population and the other a large province that is more urban in nature, with a population who mainly live in large cities. The relative efficiencies of the hospitals, the changes in productivity during this time period, and the relationship between efficiency and the size or scale of the hospitals are investigated using data envelopment analysis. The models for the production of health care use case mix adjusted hospital discharges as the output, and nursing hours as inputs. We find clear differences between the two provinces. Making use of ?own? and ?meta? technical efficiency frontiers, we demonstrate that efficient units in the larger and more urban province are larger than non-efficient units in that province. However, efficient hospitals in the smaller and more rural province are smaller than non-efficient hospitals in that province. Overall, efficient hospitals in the larger more urban province are larger than efficient hospitals in the smaller more rural province. This has interesting policy implications - different hospitals may have different optimal sizes, or different efficient modes of operation, depending on location, the population they serve, and the policies their respective provincial governments wish to implement. In addition, there are lessons to be learned by comparing the hospitals across the two provinces, since the inefficient hospitals in the small rural province predominantly use hospitals from the large urban province as benchmarks, such that substantially larger improvement potential can be identified by inter-provincial rather than intra-provincial benchmarking analysis

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA
Description of Alternative Approaches to Measure and Place a Value on Hospital Products in Seven OECD Countries
LORENZONI (L.) , PEARSON (M.)
En ligne
Paris : OCDE, 2011/04
http://dx.doi.org/10.1787/5kgdt91bpq24-en
Most OECD countries use a mix of payment arrangements to finance hospital acute care. These lead to various different incentives for the quantity, quality and productive efficiency of hospital services. Of particular interest are

The Nuffield Trust. Londres. GBR
Reforming payment for health care in Europe to achieve better value.
En ligne
Londres : Nuffield Trust, 2012/08
http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/120823_reforming-payment-for-health-care-in-europev2.pdf
This report compares different payment systems for health care used across Europe and examines their role in improving the efficiency and quality of care. Findings are based on

discussions at the Nuffield Trust and KPMG summit for European health leaders, held in January 2012.

Comité Permanent des Hôpitaux de la Communauté Européenne. (H.O.P.E.). Louvain. BEL
Personalised Medicine in European Hospitals.
En ligne
Louvain : HOPE, 2012
http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/87_better_health/87_HOPE_Publication-Better_health_October_2011.pdfhttp://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/87_better_health/87_HOPE_Publication-Better_health_October_2011.pdf
Si elle est encore aux prémices de son déploiement, la médecine personnalisée est déjà une réalité. De la prévention jusqu'au soin, elle a vocation à fournir le plus rapidement possible un diagnostic et un traitement personnalisés aux patients. Elle regroupe les produits et services qui s'appuient sur la génomique et la protéomique et exploitent les tendances actuelles orientées vers le bien-être et le patient acteur de sa santé. Selon l'étude PwC réalisée en association avec HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) dans six pays européens : France, Hongrie, Slovénie, Espagne, Danemark, Finlande, de nombreux hôpitaux européens ont élaboré, chacun avec une conception différente, une stratégie de déploiement de la médecine personnalisée. En France, le CHU de Dijon, a opté pour le développement de plateformes d'optimisation des diagnostics et des traitements ainsi que pour des programmes de télémédecine en pathologie et en neurologie. Son développement constitue un défi majeur pour l'ensemble du secteur de la santé. L'étude définit ainsi trois priorités : investir de nouveaux champs de recherche, par exemple dans le domaine de la génétique ; intégrer de nouvelles technologies comme l'imagerie ; faire évoluer la culture et les comportements des professionnels de santé et du patient pour en faire un acteur de sa santé.

Comité Permanent des Hôpitaux de la Communauté Européenne. (H.O.P.E.). Louvain. BEL
The Crisis, Hospitals and Healthcare.
c, En ligne
Louvain : HOPE, 2011
http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/86_crisis/86_HOPE-The_Crisis_Hospitals_Healthcare_April_2011.pdf
The financial and economic crisis is hitting European hospitals and healthcare services. Spared at an earlier stage, most of them are now clearly impacted. HOPE has been looking for the past year at the direct and indirect effects of the crisis on the European health systems. This comparative report details impacts and measures taken, on hospital and healthcare services, on healthcare professionals and on patients and citizens.

Hôpitaux et grandes métropoles européennes.
Hospitals and major European Cities.
Paris : Editions de santé
2009
Pages : 222p.
Comparer la place et le rôle des hôpitaux dans les grandes métropoles européennes a nécessité d'opérer des choix : choix de sujets d'étude, choix de métropoles, choix d'établissements hospitaliers, choix d'interlocuteurs...Cet ouvrage n'a donc pas la prétention d'aborder de manière exhaustive et rigoureusement scientifique le sujet traité. Outre le fait de nourrir le débat, il contribue à resituer l'hôpital dans les métropoles européennes et, modestement, à une meilleure connaissance du fonctionnement des systèmes hospitaliers dans les grandes villes européennes. L'ouvrage est bilingue français-anglais.

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL , Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL
Les groupes homogènes de malades en Europe : évoluer vers la transparence, l'efficience et la qualité à l'hôpital.
Diagnosis-related groups in Europe : moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals.
Europen Observatory on Health Systems and Policies Series.
Maidenhead : Open University Press - Mc Graw Hill
2011
Pages : 20p. + 458p., tabl., graph., fig.
At the EuroDRG final conference, which is held in Berlin, 17 November 2011, the main results of the EuroDRG research project will be presented and discussed with policy-makers, researchers and stakeholders from Europe and beyond. Diagnosis Related Group (DRG) systems were introduced in Europe to increase the transparency of services provided by hospitals and to incentivise greater efficiency in the use of resources invested in acute hospitals. In many countries, these systems were also designed to contribute to improving - or at least protecting – the quality of care. After more than a decade of experience with using DRGs in Europe, the EuroDRG research project considered whether the extensive use of DRGs has contributed towards achieving these objectives. During this conference, a new Observatory publication Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals will be officially launched. The book is intended to contribute to the emergence of a `common language' that will facilitate communication between researchers and policy-makers interested in improving the functioning and resourcing of the acute hospital sector (Résumé de l'éditeur).

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL , Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL
Gouvernance des hôpitaux publics : stratégies de réforme et mouvement vers une autonomie institutionnelle.
Governing public hospitals : Reform strategies and the movement towards institutional autonomy.
Observatory Studies Series ; 25
Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe
2011
Pages : 16p. + 278p., tabl., fig.
Governance of public hospitals in Europe is changing. Individual hospitals have been given varying degrees of semi-autonomy within the public sector and empowered to make key strategic, financial, and clinical decisions themselves. This study explores the major developments and their implications for national and European health policy. The study focuses on hospital-level decision-making and draws together both theoretical and practical evidence. It includes an in-depth assessment of eight different country models of semi-autonomy, in the Czech Republic, England, Estonia, Israel, the Netherlands, Norway, Portugal and Spain. The evidence that emerges throws light on the shifting relationships between public-sector decision-making and hospital-level organizational behaviour and will be of real and practical value to those working with this increasingly important and complex mix of approaches.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/154160/e95981.pdf

Comité Permanent des Hôpitaux de la Communauté Européenne. (H.O.P.E.). Louvain. BEL
Une meilleure santé : un défi partagé pour les hôpitaux et les soins de santé primaires.
Better health : A shared challenge for hospitals and primary health care.
Louvain : HOPE
2011/10

Pages : 96p., cartes
The present report examines the content and findings of the HOPE (European Hospital and Healthcare Fédération) Agora 2011. Two sections illustrate in detail the most relevant experiences, mechanisms and instruments of integration and coordination between primary and secondary care in the European countries, as they have been presented by the participants of the HOPE Exchange programme 2011. In some cases, information from relevant international sources has been added. Findings are presented adopting two perspectives: a comparative overview referring to five central themes – national reforms, locally implemented patterns, changes in the role of healthcare professionals, home care and use of ICTs (Information and Communication Technologies) – and a cross country analysis.
http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/87_better_health/87_HOPE_Publication-Better_health_October_2011.pdf

SORENSEN (B.S.), ZANE (R.D.), WANTE (B.E.)
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau régional de l'Europe. Copenhague. INT
Check-list de réponses à l'intention des services d'urgences à l'hôpital : un outil pour les gestionnaires d'hôpitaux et les directeurs des urgences.
Hospital emergency response check-list : an all-hazards tool for hospital administrators and emergency managers.
Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe
2011
Pages : 28p.
Hospitals play a critical role in providing communities with essential medical care during all types of disaster. Depending on their scope and nature, disasters can lead to a rapidly increasing service demand that can overwhelm the functional capacity and safety of hospitals and the health-care system at large. The World Health Organization Regional Office for Europe has developed the Hospital emergency response checklist to assist hospital administrators and emergency managers in responding effectively to the most likely disaster scenarios. This tool comprises current hospital-based emergency management principles and best practices and integrates priority action required for rapid, effective response to a critical event based on an all-hazards approach. The tool is structured according to nine key components, each with a list of priority action to support hospital managers and emergency planners in achieving: (1) continuity of essential services; (2) well-coordinated implementation of hospital operations at every level; (3) clear and accurate internal and external communication; (4) swift adaptation to increased demands; (5) the effective use of scarce resources; and (6) a safe environment for health-care workers. References to selected supplemental tools, guidelines and other applicable resources are provided. The principles and recommendations included in this tool may be used by hospitals at any level of emergency preparedness. The checklist is intended to complement existing multisectoral hospital emergency management plans and, when possible, augment standard operating procedures during non-crisis situations.

LORENZONI (L.) , PEARSON (M.)
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA
Description des approches alternatives pour mesurer et évaluer les services fournis par les hôpitaux dans sept pays de l'OCDE.
Description of Alternative Approaches to Measure and Place a Value on Hospital Products in Seven OECD Countries
OECD Health Working Paper; 56
Paris : OCDE
2011/04
Pages : 114p., tabl., fig., annexes
Most OECD countries use a mix of payment arrangements to finance hospital acute care. These lead to various different incentives for the quantity, quality and productive efficiency of

hospital services. Of particular interest are per case/diagnosis related group (DRG) payments, which directly relate to actual levels of activity. They are fees established prospectively for a single ?product? delivered by the hospital. In a survey of health systems characteristics carried out in 2009, 17 (out of 29 respondents) OECD countries reported the use of a payment per case/DRG1. But are these DRG-based prices a reliable way of comparing costs across countries? The answer depends crucially on whether the same definitions are used to generate DRG payments across countries. 4. This paper provides a description of the classification systems used to measure hospital services in selected OECD countries: Australia, Canada, England, France, Germany, Norway, and the United States. Three classifications are relevant: those on diagnoses; on procedures; and on products. In addition, methods used to measure the cost of hospital services are reviewed.
http://dx.doi.org/10.1787/5kgdt91bpq24-en

Comité Permanent des Hôpitaux de la Communauté Européenne. (H.O.P.E.). Louvain. BEL
La crise, les hôpitaux et les soins de santé.
The Crisis, Hospitals and Healthcare.
Louvain : HOPE
2011
Pages : 96p., cartes
The financial and economic crisis is hitting European hospitals and healthcare services. Spared at an earlier stage, most of them are now clearly impacted. HOPE has been looking for the past year at the direct and indirect effects of the crisis on the European health systems. This comparative report details impacts and measures taken, on hospital and healthcare services, on healthcare professionals and on patients and citizens.
http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/86_crisis/86_HOPE-The_Crisis_Hospitals_Healthcare_April_2011.pdf

Health Consumer Powerhouse. Bruxelles. BEL
Les soins transfrontaliers dans l'Union européenne : comment choisir le meilleur hôpital. Une étude des portails d'information des hôpitaux dans cinq pays de l'Union européenne.
Cross border care EU : How to choose the best hospital ? A study of hospital information portals in five EU countries
Bruxelles : Health Consumer Powerhouse
2010/11
Pages : 88p., tabl.
This report presents the results from the study "How to choose the best hospital?" During this investigative work, the Health Consumer Powerhouse team conducted a research on hospital information portals in five European countries: the Netherlands, Denmark, Germany, the United Kingdom and Sweden. These IT portals were analysed on aspects such as user-friendliness and quality of care information (QCI). Furthermore, a questionnaire about the use and effectiveness of such hospital information portals from the patients' point of view was distributed in 32 European countries and evaluated afterwards. The survey indicates huge patient interest in issues of information and choice in healthcare. The main conclusions that we draw together in this report reflect today's picture of QCI in all major European countries.
http://www.healthpowerhouse.com/files/HCP-study-Best-hospital-final-101119.pdf

European Commission. Executive Agency for Health and Consumers. (E.A.H.C.). Bruxelles. BEL, Austrian Federal Ministry of Healh. (B.M.G.). Vienne. AUT
Rapport du projet PHIS sur le médicament à l'hôpital.
PHIS (Pharmaceutical health information system) Hospital Pharma Report.
Vienne : OBIG
2010
Pages : 188p.

Le projet PHIS (Pharmaceutical health information system) a pour objectif de collecter et mettre à disposition des informations sur les politiques de médicament dans les pays européens (http://phis.goeg.at.). Le rapport annuel de synthèse inclut les premiers résultats d'une enquête sur les prix de 12 produits dans 25 hôpitaux et 5 pays (Autriche, Norvège, Pays-Bas, Portugal, ,République slovaque). Bien que l'enquête ne soit pas représentative, les résultats sont intéressants (la Norvège paye plusieurs produits moins cher que le Portugal, les producteurs se font concurrence pour vendre à prix nul, etc…).
http://phis.goeg.at/downloads/hospitalPharma/PHIS_Hospital%20Pharma_Report.pdf

JEURISSEN (P.)
Hôpitaux à but lucratif : une étude comparative et longitudinale sur le secteur des hôpitaux lucratifs dans quatre pays occidentaux.
For-profit hospitals : a comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four western countries.
Thèse de doctorat; Université de Rotterdam.
Rotterdam : Erasmus Universiteit Rotterdam
2010
Pages : 17p.+326p., tabl., graph., index
The central purpose of this study is to provide an international comparison and historical explanation of the development of for-profit hospital care. It will seek to answer the following questions. 1) How did for-profit hospital ownership actually develop within the context of different Western health care systems? 2) How can one understand and explain growth (and decline) in for-profit hospitals over the long term? 3) Why does the development of the for-profit hospital sector differ between Western countries? This research will look for plausible answers to these three questions and provide hypotheses for future study. Such work is still uncommon and limited to shorter periods or tends to be somewhat polemical in nature. Scholarly efforts have concentrated on the development of the much larger nonprofit and public hospital sectors or have sought to provide more general overviews. A comparative perspective on the development of for-profit hospitals is - with the exception of explorative work of Henry Burdett in the nineteenth century (1895) - still lacking to the knowledge of this study.
Jeurissen, dhr. P.P.T. [pp.jeurissen@minvws.nl]

KOECHLIN (F.) , LORENZONI (L.) , SCHREYER (P.)
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA
Comparer les niveaux de prix des services hospitaliers dans plusieurs pays : résultat d'une étude pilote.
Comparing Price Levels of Hospital Services Across Countries: Results of a Pilot Study.
OECD Health Working Paper; 53
Paris : OCDE
2010/07
Pages : 57p., tabl., fig., annexes
Les services de santé représentent une part importante et croissante de la production et des dépenses dans les pays de l'OCDE mais avec des différences notables entre pays dans les dépenses par habitant. Savoir si de telles différences sont dues aux quantités de services consommés dans tel ou tel pays ou reflètent des différences dans les prix des services est une question fondamentale pour mener une politique pertinente. Jusqu'à présent, les comparaisons entre pays du prix des services de santé sont rares et rendues difficiles par les problèmes de mesure. Cet article présente un ensemble de prix comparatifs pour les services hospitaliers dans une sélection de pays de l'OCDE. Ces données sont inédites car elles reflètent « les quasi-prix » (prix négociés ou réglementés ou tarifs) de la production de services hospitaliers. Traditionnellement, les prix de ces produits étaient comparés en utilisant les prix des « input » (approche par les coûts) tels que les taux de salaire du

personnel médical. La nouvelle méthodologie s'écarte de cette approche pour tendre vers une approche « output ». Cela devrait permettre de saisir les différences de productivité entre les pays et d'ouvrir la voie à des comparaisons plus significatives du volume des services de santé fournis aux consommateurs dans les différents pays. Un des résultats clés de cette étude pilote est que le niveau de prix des services hospitaliers aux États -Unis est de plus de 60% supérieur au niveau de prix moyen des 12 pays inclus dans l'étude. En revanche, les niveaux de prix sont significativement plus bas en Corée, en Israël et en Slovénie.
http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf?cote=delsa/hea/wd/hwp(2010)4&doclanguage=en

LAUDICELLA (M.) , OLSEN (K.M.) , STREET (A.)
University of York. Centre for Health Economics. (C.H.E.). York. GBR
Qu'est-ce qui explique la variation des coûts de traitement dans les services d'obstétrique anglais ?
What explains variation in the costs of treating patients in english obstetrics specialities ?
CHE Research Paper Series ; 49
York : University of York
2009/07
Pages : 19p., tabl., fig.
We assess patients admitted to English obstetrics departments to identify what proportion of variation in their costs is explained by patient characteristics and what proportion is due to departmental characteristics. Hospital Episode Statistics records for every patient admitted to obstetrics departments are matched to Reference Cost data by HRG reported by all English hospitals for the year 2005/6. Our sample consists of 951,277 patients in 136 departments. We estimate fixed effects models analysing patient-level costs, explore departmental characteristics that drive variation in costs at department-level and explore the sensitivity of results to the use of the full sample and sub-samples of obstetrics patients. Patient costs depend on various diagnostic characteristics over and above the HRG classification, particularly whether the patient suffered infection. After controlling for patient characteristics a substantial amount of unexplained variation in costs remains at departmental level. Higher costs are evident in departments that are not supported by a neonatology specialty and where factor prices are higher. There is evidence of lower costs in departments with high volumes of activity. We identify departments where further scrutiny of their high costs is required.
http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp49.pdf

OR (Z.) , RENAUD (T.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Principes et enjeux de la tarification à l'activité (T2A) à l'hôpital : enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères.
Document de travail Irdes ; 23
Paris : Irdes
2009/03
Pages : 25p.
Après avoir exposé les principes économiques constitutifs de la T2A et identifié les variables structurelles modulant son impact, les auteurs présentent ses avantages et effets pervers potentiels. Le détour par les expériences étrangères – aux États-Unis, en Angleterre et en Australie – offre un éclairage intéressant. Malgré des architectures et applications différentes de ce mode de paiement, ces pays – tout comme la France – sont confrontés aux mêmes risques en termes de garanties de la qualité des soins et d'équité d'accès. Un focus est en outre fait sur un des principaux défis de la T2A : la question de la fixation des tarifs.

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Service Evaluation économique et santé publique. Saint-Denis la Plaine. FRA
Le recours à l'hôpital en Europe. Rapport d'évaluation.
Saint-Denis La Plaine : HAS
2009/03
Pages : 116p., tabl., annexes
Ce rapport effectue un premier bilan de l'organisation de l'hôpital en Europe et de sa place dans le système de santé. Il a d'abord rappelé qu'il existait des définitions internationales normées sur l'hôpital. Les statuts, la taille des établissements hospitaliers et les modes de gouvernance sont très variables d'un pays à l'autre. La plupart des pays restreignent l'accès à l'hôpital pour le premier recours par un système d'orientation recommandé ou imposé, mais qui est souvent contourné. Il existe de multiples innovations organisationnelles, souvent spécifiques à un pays pour éviter les hospitalisations. Ce rapport s'est attaché à en dresser une typologie en distinguant les phases de prise en charge avant, à la place et après l'hospitalisation. Il en a présenté le rationnel, a fourni les principaux indicateurs d'évaluation, sans prétendre à l'exhaustivité. Ces innovations organisationnelles ont fait la plupart du temps l'objet d'évaluations multiples qui ont été analysées ensuite dans des revues Cochrane. Si certaines ne permettaient pas de conclure sur leur intérêt pour réduire le recours à l'hôpital (consultations de spécialistes hospitaliers en soins primaires, centres de soins de premier recours, tris des patients, maisons de soins infirmiers, coopératives de médecins), d'autres sont plus favorables (renforcement des plates-formes de services de soins primaires dans ou près de l'hôpital, unités hospitalières de soins infirmiers, hôpital local ou de communauté, chirurgie ambulatoire). Pour autant le système de santé dans lequel s'intègrent ces innovations est parfois très différent de celui rencontré en France. Il est donc nécessaire de poursuivre des études en complément des informations fournies dans ce rapport.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/rapport_le_recours_a_l_hopital_en_europe_2009-04-03_09-48-38_85.pdf

RECHEL (B.) , WRIGHT (S.) , EDWARDS (N.) , DOWDESWELL (B.) , MCKEE (M.)
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Copenhague. DNK, Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes et politiques de Santé. Bruxelles. BEL
Investir dans les hôpitaux du futur.
Investing in hospitals of the future.
European Observatory on Health Systems and Policies Series; 16
Copenhague : Bureau régional de l'Europe
2008
Pages : 284p., fig., index
Despite considerable investments in health facilities worldwide, little systematic evidence is available on how to plan, design and build new facilities that maximize health gain and ensure that services are responsive to the legitimate expectations of users. This book brings together current knowledge about key dimensions of capital investment in the health sector. A number of issues are examined, including new models of long-term care, capacity planning, the impact of capital investment on the health care workforce, markets and competition, systems used for procurement and financing, the whole lifecycle of health facilities, facility management, the wider impact of capital investment on the local community and economy, how care models can be translated into capital asset solutions, and issues of therapeutic and sustainable design.
http://www.euro.who.int/Document/E92354.pdf

HARBERS (M.M.), VAN DER VILK (E.A.), KRAMERS (P.G.N.), KUUNDERS(M.M.A.P.), ELIYAHU (H.), ACHTERBERG (P.W.)
National Institute for Public Health and the Environment. (R.I.V.M.). Bilthoven. NLD

Osons comparer ! Evaluation des performances du secteur de la santé des Pays-Bas à l'aune des indicateurs de santé de la Communauté européenne.
Dare to Compare ! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI).
RIVM report; 270051011
Bilthoven : RIVM
2008
Pages : 303p., tabl., fig., ann.
Following a period of stagnation in the 1990s, the life expectancy of Dutch women has been increasing since 2000. The average age of 82 years is now following the trend for the average age of women in the 27 European Union (EU) Member States. As in other EU countries, women in the Netherlands live longer than men but they are slightly less healthy when compared to other countries. In the Netherlands, a relatively high number of women die from cancer and diseases of the respiratory system, such as COPD. More and more women are dying from lung cancer in the Netherlands - partly because of the high percentage of women who smoke in this country. The above are some of the conclusions drawn from an RIVM study, which compares the health of people in the Netherlands with that of other EU countries. One reason for conducting this study was prompted by the 2006 Minister of Health, Welfare and Sport who wanted to return the Netherlands back to the top five European countries regarding public health. The comparisons also show that the Netherlands is one of the best countries regarding mortality from cardiovascular disease and accidents. The life expectancy of Dutch men is in line with life expectancy in the 15 more affluent 'old' EU countries. This life expectancy is higher than the average of the new Member States in the current 27 EU countries. Dutch men reach an average age of 78 years. This is the first time that Dutch public health has been internationally compared based on the ECHI shortlist. The shortlist is a set of more than eighty European health indicators on, e.g., disease, lifestyle and prevention. The report also focuses on the health of young and old people and includes an analysis of the availability, comparability and quality of the data necessary for international comparisons.
http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270051011.pdf

KITTELSEN (S.A.C.) , MAGNUSSEN (J.) , ANTHUN (K.S.) , HAKKINEN (U.) , LINNA (M.) , MEDIN (E.) , OLSEN (K.R.) , REHNBERG (C.)
University of Oslo. Health Economics Research Programme. (H.E.R.O.). Oslo. NOR
Hospital productivity and the Norwegian ownership reform – A Nordic comparative study.
Working paper 2008; 10
Oslo : HERO
2008/11
Pages : 24p., fig.,tabl., ann.
In a period where decentralisation seemed to be the prominent trend, Norway in 2002 chose to re-centralise the hospital sector. The reform had three main aims; cost control, efficiency and reduced waiting times. This study investigates whether the hospital reform has improved hospital productivity using the other four major Nordic countries as controls. Hospital productivity measures are obtained using data envelopment analysis (DEA) on a comparable dataset of 728 Nordic hospitals in the period 1999 to 2004. First a common reference frontier is established for the four countries, enveloping the technologies of each of the countries and years. Bootstrapping techniques are applied to the obtained productivity estimates to assess uncertainty and correct for bias. Second, these are regressed on a set of explanatory variables in order to separate the effect of the hospital reform from the effects of other structural, financial and organizational variables. A fixed hospital effect model is used, as random effects and OLS specifications are rejected. Robustness is examined through alternate model specifications, including stochastic frontier analysis (SFA). The SFA approach in performed using the Battese & Coelli (1995) one stage procedure where the inefficiency term is estimated as a function of the set of explanatory variables used in the

second stage in the DEA approach. Results indicate that the hospital reform in Norway seems to have improved the level of productivity in the magnitude of approximately 4 % or more. While there are small or contradictory estimates of the effects of case mix and activity based financing, the length of stay is clearly negatively associated with estimated productivity. Results are robust to choice of efficiency estimation technique and various definition of when the reform effect takes place.
http://www.hero.uio.no/publicat/2008/2008_10.pdf

OR (Z.), COM-RUELLE (L.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?
Document de travail Irdes ; 19
Paris : Irdes
2008/11
Pages : 18p.
Cote Irdes : DT19
Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Malgré sa réputation « de meilleur système de santé dans le monde », selon l'OMS, la France est en retard sur l'étude de la qualité des soins. Il n'existe pas à l'heure actuelle de système d'information permanent sur la qualité et la sécurité des soins et les données demeurent partielles, contradictoires et difficilement accessibles. Afin d'obtenir une image globale des problèmes de qualité de soins et développer des stratégies pour l'améliorer, il est important de recueillir des données de manière systématique et sur une base nationale cohérente. Cet article fournit une vue d'ensemble des données disponibles sur la qualité de soins en France en suivant le cadre d'analyse et les recommandations internationales pour mesurer la qualité. En comparant la situation de la France à celles d'autres pays développés, elle vise également à identifier les lacunes et les points forts du système actuel pour améliorer la gestion de la qualité des soins.
http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf

Comité Permanent des Hôpitaux de la Communauté Européenne. (H.O.P.E.). Leuven. BEL, Dexia. Paris. FRA
Les hopitaux dans les 27 pays de l'Union européenne.
Hospitals in the 27 Member states of the European Union.
Collection Europe.
Paris La Défense : Dexia éditions
2008
Pages : 219p., tabl., graph.
Depuis quelques années, les pays membres de l'Union européenne se trouvent confrontés à la même problématique : ils doivent garantir une offre de soins de santé de qualité, adaptée aux besoins de la population et accessible à tous, et ceci dans un contexte de ressources publiques limitées. Le secteur hospitalier tient un rôle important et spécifique même si son poids dans les dépenses de santé tend à diminuer depuis une vingtaine d'années. Ainsi, les quelque 15 000 hôpitaux recensés dans l'Union européenne, toutes structures et tous statuts confondus, représentent entre 26 % et 60 % des dépenses de santé selon le pays, ils assurent un rôle pivot dans la prise en charge des patients, dans la formation des praticiens et dans la recherche. Leur adaptation continue au contexte économique et social mais aussi aux avancées technologiques passe par des réformes de leurs modes de gouvernance et de leurs offres de soins. Cet ouvrage se propose de replacer ces changements majeurs du secteur hospitalier dans une analyse transversale des 27 systèmes nationaux de santé. L'analyse est organisée de façon à examiner les évolutions communes qui traversent les systèmes hospitaliers depuis quelques années tout en rendant compte de leur diversité d'un pays à l'autre en matière d'organisation territoriale des compétences hospitalières, de modes de financement du fonctionnement des hôpitaux et de leurs investissements, de leurs

statuts, de l'organisation de leurs prestations, etc. En dernier lieu, l'ouvrage s'attache à examiner l'influence communautaire sur les systèmes de santé et hospitalier. Un tableau bilingue français/anglais proposant une comparaison, pays par pays, des principales caractéristiques des secteurs hospitaliers des Etats membres accompagne le livre
http://www.dexia-clf.fr/abonnes/pages/monde_local/donnees_budgetaires/note_conjoncture/doc/carte_français.pdf
http://www.dexia-clf.fr/abonnes/pages/monde_local/etudes_thematiques/synthese_ouvrage.pdf
http://www.clf.fr/abonnes/pages/monde_local/etudes_thematiques/hopitaux_gb.pdf

ESTRYN-BEHAR (Madeleine)
Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe.
Rennes : Presses de l'EHESP
2008/09
Pages : 383p., ann.
Analyser les raisons pour lesquelles les paramédicaux hospitaliers quittent prématurément leur profession et formuler des préconisations pour prévenir ce phénonène : tels étaient les buts de l'étude européenne PRESST-NEXT (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail - Nurses'Early Exit Study). L'ampleur et la représentativité de l'échantillon de cette étude ont permis un traitement exhaustif des causes du mal-être des soignants. Ce mal-être n'est pas sans remèdes, lesquels ne sont pas nécessairement budgétivores. C'est ce qu'entend démontrer ici Madeleine Estryn-Béhar à partir des résultats de PRESST-NEXT. L'ouvrage est conçu pour permettre au lecteur de s'emparer aisément des éléments de diagnostic et des préconisations correspondantes. Chaque chapitre débute par un résumé des apports de la littérature scientifique et de l'étude PRESST-NEXT. Il se clôt sur un court encadré présentant des propositions concrètes pour remédier aux problèmes soulevés. Des fiches actions finales proposent des solutions applicables à l'échelon local. (R.A.).

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Copenhague. DNK
Politiques et pratiques en santé mentale en Europe. Relever les défis.
Policies and practices for mental health in Europe. Meeting the challenges.
Copenhague : Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe
2008
Pages : 191p., tabl., fig., ann.
This WHO report, co-funded by the European Commission, gives an overview of policies and practices for mental health in 42 Member States in the WHO European Region. Nearly all countries have made significant progress over the past few years, and several are among the leaders in the world in such areas as mental health promotion, mental disorder prevention, service reform and human rights. Nevertheless, this report also identifies weaknesses in Europe: some systematic, such as the lack of consensus on definitions and the absence of compatible data collection, and others that show great variation across countries, such as the stage of community services development and the level of investment in various areas. It also identifies gaps in information in areas of strategic importance for the development of mental health policies. This report is a baseline against which progress can be measured towards the vision and the milestones of the Mental Health Declaration for Europe.
http://www.euro.who.int/document/E91732.pdf -
http://www.euro.who.int/document/E91732.pdf?language=French
:
BATES (P.), MENDEL (P.), ROBERT (G.)
Organizing for quality. The improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States.

Oxford : Radcliffe Publishing
2008
Pages : 252p., tabl., fig., index
This challenging and highly practical book draws on findings from an international study designed to help practitioners and researchers understand the factors and processes that enable healthcare organizations in the United States and Europe to achieve — and sustain — high-quality services for their users. The in-depth case studies from seven leading hospitals provide an international, evidence-based outlook that focuses on both the organizational and cultural processes of quality improvement. Healthcare policy makers and shapers, including hospital chief executives and national health service directors, will find this book enlightening, as will healthcare researchers and academics, professionals, and clinicians with an interest in quality improvement.

SHEN (Y.C.), EGGLESTEN (K.)
National Bureau of Economics Rereach. (N.B.E.R.). Cambridge MA. USA
N.B.E.R.
The Effect of Soft Budget Constraints on Access and Quality in Hospital Care.
Les effets de contraintes budgétaires souples sur l'accès et la qualité des soins à l'hôpital.
NBER Working Paper Series ; 14256
Cambridge : Nber, 2008
Given an increasingly complex web of financial pressures on providers, studies have examined how the hospitals' overall financial health affect different aspects of hospital operation. In our study, we analyze this issue focusing on hospital access and quality by introducing an important aspect of the financial incentives, soft budget constraints (SBC), that takes into account both hospital's current and past financial health as well as their expected financial outlook (i.e., whether there is a sponsoring organization to bail them out). We develop a conceptual framework of SBC by considering the resultant incentives on cost control and quality improvement innovations; and examine the effect of SBC on the following aspects of access and quality: safety net service survival and AMI mortality rates. We find that hospitals with softer budget constraints are less likely to shut down safety net services. In addition, hospitals with softer budget constraints appear to have better mortality outcomes, suggesting that the reduced incentive to engage in cost control innovation as the result of SBC outweighs the dampening effect of quality improvement innovation.
Cote Irdes : http://www.nber.org/papers/w14256.pdf

GOODALL (S.) , SCOTT (A.)
Melbourne Institute of Applied Economics and Social Research. Melbourne. AUS
Le traitement à l'hôpital est-il inéquitable en Australie ? Données issues de l'enquête HILDA.
Is Hospital Treatment in Australia Inequitable? Evidence from the HILDA Survey
Melbourne Institute Working; 5/08
Melbourne : Melbourne Institute of Applied economics and social research
2008
The pursuit of equity is a key objective of many health care systems, including Australia's Medicare. Using the Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) survey, we measured the extent of inequity in the utilisation of hospital services. We used methodology developed by the ECuity project for measuring horizontal inequity indices. We examine income-related health care inequities in both inpatient and day patient access and utilisation, whilst controlling for morbidity, demographic and socio-economic variables. The probability of hospital inpatient admission appeared equitable, but the probability of a day patient visit demonstrated a pro-rich distribution. Even more pronounced were the findings on the quantity of visits. The positive horizontal inequality indices indicate a degree of inequity favouring the rich, especially for inpatient utilisation. The pro-rich distribution of the probability of a day patient visit was associated with whether individuals held private health insurance. These results suggest that in Australia, which has a universal and comprehensive health system, the rich and poor are not treated equally according to need. Further research

should investigate whether the causes of inequities lie in the preferences of individuals or the preferences of health care providers.
http://melbourneinstitute.com/wp/wp2008n05.pdf

BATES (P.), MENDEL (P.), ROBERT (G.)
Organizing for quality. The improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States.
Oxford : Radcliffe Publishing
2008
Pages : 252p., tabl., fig., index
This challenging and highly practical book draws on findings from an international study designed to help practitioners and researchers understand the factors and processes that enable healthcare organizations in the United States and Europe to achieve — and sustain — high-quality services for their users. The in-depth case studies from seven leading hospitals provide an international, evidence-based outlook that focuses on both the organizational and cultural processes of quality improvement. Healthcare policy makers and shapers, including hospital chief executives and national health service directors, will find this book enlightening, as will healthcare researchers and academics, professionals, and clinicians with an interest in quality improvement.

Canadian Institute for Health Information. (C.I.H.I.). Ottawa. CAN
Le coût des séjours hospitaliers : pourquoi varient-ils ?
The Cost of Hospital Stays: Why Costs Vary.
Ottawa : CIHI
2008
Pages : 145p., tabl.
This report provides information about average acute care hospitalization costs for typical patientsi for several conditions and/or procedures using a newly redeveloped case mix grouping methodology known as CMG+. Using this tool and CIHI data, we are able to determine why hospitalization costs can vary. Sometimes it can depend on the type of disease or condition being treated and how many interventions are used during a patient's hospital stay. In other cases, the differences may be due to how and where a patient is treated, the type of patient (that is, age, number of illnesses) and the length of hospital stay.
http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/2008HospCosts_report_final_Eng_web.pdf

Canadian Institute for Health Information. (C.I.H.I.). Ottawa. CAN
Le coût des séjours à l'hôpital pour soins aïgus selon les pathologies au Canada : 2004-2005
The Cost of Acute Care Hospital Stays by Medical Condition in Canada : 2004-2005.
Ottawa : CIHI
2008
Pages : 145p., tabl.
This report on the cost of acute care hospital stays by medical condition uses Canadian administrative data to answer the key questions related to total hospital costs for acute care inpatients: What is the contribution (percent and dollar) of each ICD-10-CA clinical chapter to total acute care inpatient costs? What is the breakdown of total acute care inpatient cost into cost per stay and volume of utilization for each clinical chapter and selected medical condition? How much of the medical condition costs (in percentages) can be allocated to the treatment or presence of complexities? How do hospital costs for acute care inpatients vary by sex and age group for each clinical chapter and selected medical condition?
http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/2008HospCosts_report_final_Eng_web.pdf

KOTZIAN (P.)
Institut für Politikwissenschaft. Darmstadt. DEU
Contrôle et performance des systèmes de santé. Volume 1 : Délégation et contrôle dans 22 systèmes de santé des pays de l'OCDE. Recueil de données.

Control and Performance of Health Care Systems. Volume 1: Delegation and Control in 22 OECD Health Care Systems. A Data Handbook.
Darmstadt : Institut für Politikwissenschaft
2007/07
Pages : 390p., tabl.
Health care systems are set up to fulfill the same functions but differ largely in their organizational design. Moreover, in recent years health care systems are confronted with a range of similar problems to which they respond in different ways. It turns out that they are able to cope with these problems with different degrees of success. This put much focus on how institutional structures in health care systems affect the system's performance, adaptability and resource consumption. Comparative research is the appropriate research design to obtain answers on these questions. But in practice, empirical comparative research on the effects of institutional structures of health care systems is limited by the lack of comparable, detailed institutional information on the organization of health care systems. This data handbook is intended as a contribution to close this gap. Health care systems are layered networks of delegation relationships: the citizens, in their role as patients as well as voters, delegate the provision of health services, the administration and the overall control of the health care system to agents: medical providers, health insurance funds, health authorities and the state. These agents usually have interests, which diverge from those of the citizen and also have substantial leeway to pursue these interests, at expense of the citizen as the principal. On the conceptual level, the delegation-approach proved to be able to explain differences in performance and achievement at the system level by rational individual behavior. Further, the delegation-approach offers a template on which a comparative analysis and the description of complex systems, like health systems, can be based. This data handbook describes the health care systems of 22 OECD countries for two points in time, 1995 and 2004, on the basis of the institutional economics perspective. In particular from the perspective of the delegation of medical as well as administrative tasks and the control mechanisms implemented in these delegation relationships, which shall avoid opportunistic behavior. The data compiled in this data handbook shall enable researchers to study the impact of institutional structures on aspects of health system performance, like achievements in health levels, responsiveness and productive efficiency.
http://www.ulb.tu-darmstadt.de/docs/eprint_000017/HealthSystemDataHandbook.pdf

ROMLEY (J.A.), GOLDMAN (D.)
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.). Cambridge CA. USA
Quel est le coût de la qualité à l'hôpital : une approche par les préférences révélées.
How costly is hospital quality ? A revealed-preference approach.
NBER Working Paper Series ; n° 13730
Cambridge : NBER
2008/01
Pages : 37p.,fig.+ annexes
One of the most important and vexing issues in health care concerns the cost to improve quality. Unfortunately, quality is difficult to measure and potentially confounded with productivity. Rather than relying on clinical or process measures, we infer quality at hospitals in greater Los Angeles from the revealed preference of pneumonia patients. We then decompose the joint contribution of quality and unobserved productivity to hospital costs, relying on heterogeneous tastes among patients for plausibly exogenous quality variation. We find that more productive hospitals provide higher quality, demonstrating that the cost of quality improvement is substantially understated by methods that do not take into account productivity differences. After accounting for these differences, we find that a quality improvement from the 25th percentile to the 75th percentile would increase costs at the average hospital by nearly fifty percent. Improvements in traditional metrics of hospital quality such as risk-adjusted mortality are more modest, indicating that other factors such as amenities are an important driver of both hospital costs and patient choices.
http://www.nber.org/papers/w13730

Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.). Bruxelles. BEL, Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé. Bruxelles. BEL
Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe.
KCE report; 70B
Bruxelles : KCE
2007
Pages : 237p., tabl.
Au départ, l'accréditation des hôpitaux a été initiée par le milieu hospitalier lui-même et visait une amélioration volontaire et continue de la qualité, mais depuis le milieu des années 90, tant les initiatives existantes que les nouvelles sont davantage axés sur une justification vis-à-vis du public, et des instances réglementaires et de financement. De plus en plus de pays initient des programmes d'accréditation afin d'évaluer les procédures, les moyens utilisés et les résultats obtenus. L'objectif s'est déplacé de la simple atteinte d'un niveau qualitatif donné à une amélioration continue de celui-ci. Compte tenu de l'état d'avancement du processus d'accréditation des hôpitaux à l'échelon européen, le moment semble opportun d'entreprendre une étude de faisabilité qui tienne compte de tous les enseignements européens et nationaux. Les principaux objectifs de cette étude sont de dresser un inventaire des programmes d'accréditation des hôpitaux en vigueur en Europe, de comparer leurs différentes caractéristiques (contenu, organisation, financement, termes juridiques) et d'évaluer leur applicabilité dans le contexte belge. Afin de réaliser ces objectifs, trois questions capitales ont été abordées dans cette étude : la démonstration de l'efficience de l'accréditation, la comparaison internationale des programmes d'accréditation en vigueur dans les États membres européens et l'étude de faisabilité dans le contexte belge. Dans cette étude, l'accréditation des hôpitaux est définie comme suit : « L'accréditation des hôpitaux est un ensemble d'initiatives permettant l'évaluation externe des hôpitaux par rapport à des normes publiées, explicites et prédéfinies afin de stimuler l'amélioration continue de la qualité des soins de santé ».
http://www.kce.fgov.be/Download.aspx?ID=989

STREET (A.) , VITIKAINEN (K.), BJORVATN (A.), HVENEGAARD (A.)
University of York. Centre for Health Economics. (C.H.E.). York. GBR
Introduction du financement à l'activité : revue d'expériences menées en Australie au Danemark et en Norvège.
Introducing activity-based financing : a review of experience in Australia, Denmark and Norway.
CHE Research Paper Series ; 30.
York : University of York
2007/11
Pages : 14p., fig., tabl.
We review and evaluate the international literature on activity-based funding of health services, focussing especially on experience in Australia (Victoria), Denmark, Norway and Sweden. In evaluating this literature we summarise the differences and pros and cons of three different funding arrangements, namely cost-based reimbursement, global budgeting and activity-based financing. The institutional structures of the four jurisdictions that are the main focus of the review are described, and an outline is provided about how activity-based funding has been introduced in each. We then turn to the mechanics of activity-based funding and discuss in detail how patients are classified, how prices are set and how other services are funded. Although concentrating on the four jurisdictions, we draw on wider international experience to inform this discussion. We review evidence of the impact of activity-based funding in the four jurisdictions on efficiency, activity rates, waiting times, quality and overall expenditure. Finally we conclude with a brief commentary of some of the challenges that would have to be faced if implementing activity-based funding.
http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp30.pdf

ERLANDSEN (E.)
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA
Améliorer l'efficacité des dépenses de santé : indicateurs sélectifs de la performance des hôpitaux.
Improving the efficiency of health care spending : selected evidence on hospital performance.
Economics Department working papers; 555
Paris : OCDE
2007/06
Pages : 35p., tabl., fig; ann.
Il n'existe pas de données toutes faites sur les services fournis par les hôpitaux et les ressources qu'ils consomment qui permettraient d'effectuer des comparaisons internationales d'ensemble de l'efficacité des hôpitaux. Ce document s'appuie donc sur des indicateurs sélectifs pour comparer l'efficacité des hôpitaux dans un échantillon de pays de l'OCDE, sur la base de trois approches différentes, à savoir : i) les coûts unitaires pour des interventions hospitalières types ; ii) les niveaux d'efficacité globale entre pays pris deux à deux ; iii) la variabilité de l'efficacité entre hôpitaux d'un même pays.
http://www.olis.oecd.org/olis/2007doc.nsf/7b20c1f93939d029c125685d005300b1/4da0966148e4158ec12572f7004b8ad2/$FILE/JT03228856.PDF

PRIEST (A.), RACHLIS (M.), COHEN (M.)
Canadian Centre for Policy Alternatives. (C.C.P.A.). Ottawa. CAN
Pourquoi attendre ? la solution publique pour remédier aux listes d'attente chirurgicales.
Why wait ? Public solutions to cure surgical waitlists.
Ottawa : CCPA
2007/05
Pages : 40p.
Waiting for elective surgery is the hottest political issue facing Canadian health care today. In fact, it's no exaggeration to say that how waitlists are managed – or not – could seal the fate of Medicare. The central point of this paper – and the good news – is that better management is happening right now in BC and elsewhere, and as a result waitlists for certain surgical procedures have decreased dramatically. Changes to public health care policies and practices by dedicated health professionals have cut months from wait times while reducing lengths of stay in hospital and increasing patient satisfaction. Positive information of this nature deserves to be celebrated, especially in these times of health care gloom and doom. The public needs to know that these projects exist; that there are viable, economically achievable solutions, and that they hold great promise for improving Medicare.
http://policyalternatives.ca/documents/BC_Office_Pubs/bc_2007/why_wait_surgical_waitlists.pdf

PATERSON (J.M.), HUX (J.E.), TU (J.V.) LAUPACIS (A.)
Institute for Clinical Evaluative Sciences. (I.C.E.S.). Toronto. CAN
La stratégie des listes d'attente de l'Ontario : aucune évidence concernant l'impact négatif sur les autres spécialités de chirurgie.
The Ontario wait time strategy : no evidence of an adverse impact on other surgeries.
Toronto : ICES
2007/05
Pages : 36p., tabl., graph.
In the fall of 2004, Canada's First Ministers announced plans to implement a national wait time strategy (WTS). As a result, there has been a clear increase in the rate of WTS procedures. However, at the same time, there have also been anecdotal reports of decreased numbers of, and increased waits for, non-priority services. This report assesses the impact of the Ontario WTS upon various procedures both within and beyond the WTS priority areas. Trends in physician billings from 1992 to 2006 were analyzed for a range of surgical procedures—including orthopedic, ophthalmology and other high volume

surgeries—to determine whether the announcement of the WTS had any effect on the rates of these procedures
http://www.ices.on.ca/file/Wait_Time_Strategies_other_surgeries_IR.pdf

MIRALDO (M.)
University of York. Centre for Health Economics. (C.H.E.). York. GBR
Financement des hôpitaux et développement et adoption de nouvelles technologies .
Hospital financing and the development and adoption of new technologies.
CHE Research Paper Series ; 26.
York : University of York
2007/05
Pages : 32p., tabl., fig., ann.
We study the influence of different reimbursement systems, namely Prospective Payment System, Cost Based Reimbursement System and fixed Reimbursement System on the development and adoption of different technologies with an endogenous supply of these technologies. We focus our analysis on technology development and adoption under two models: private R&D and R&D within the hospital. One of the major findings is that the optimal reimbursement system is a pure Prospective Payment System or a Mixed Reimbursement System depending on the market structure.
http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp26.pdf

COSTA-FONT (J.), WITTENBERG (R.), PATXOT (C.), COMAS-HERRERA (A.), GORI (C.), DI MAIO (A.), PICKARD (L.), POZZI (A.), ROTHGANG (H.)
Fundacion de Estudios de Economia Aplicada. (F.E.D.E.A.). Madrid. ESP
De quelle manière la démographie affecte-elle les projections des dépenses de soins de longue durée. Résultats dans quatre pays membres de l'Union Européenne.
How does demography affect long-term care expenditures projections ? Evidence of four european Union member states.
Madrid : FEDEA
2007/02
Pages : 31p., tabl.
This study examines the sensitivity of future long-term-care demand and expenditure estimates to official demographic projections in four selected European countries: Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. It uses standardised methodology in the form of a macro-simulation exercise and finds evidence for significant differences in assumptions about demographic change and its effect on the demand for long-term care, and on relative and absolute long-term care expenditure. It concludes that mortality-rate assumptions can have a considerable influence on welfare policy planning. Relative dispersion between country-specific and Eurostat official estimates was found to be higher for the United Kingdom and Germany than for Italy and Spain, suggesting that demographic projections had a greater influence in those countries.
http://www.fedea.es/pub/eee231.pdf

KROCH (E.A.) , DUAN (M.) , SILOW-CARROLL (S.) , MEYER (J.A.)
Commonwealth Fund. New York. USA
Analyse de l'amélioration de la qualité à l'hôpital : tendances en matière de qualité et d'efficience. Analyse quantitative de l'amélioration de la performance des hôpitaux américains.
Hospital performance improvement : trends in quality and efficiency. A quantitative analysis of performance improvement in U.S. hospitals.
New York : Commonwealth Fund
2007/04
Pages : 33p., tabl., fig.
This report presents results of a quantitative examination of the dynamics of hospital performance: the degree to which hospitals are improving (or deteriorating) in quality and

efficiency over time. Results indicate significant improvements across hospitals in reducing mortality and increasing efficiency over 2001-2005, with mixed results in complication and morbidity rates. reduced mortality is likely due to improvements in care, such as better diagnostic techniques and earlier interventions, as well as more conscientious record "coding" and changing discharge practices. Consistent reductions in length of stay underscore the financial pressures on hospitals, perhaps combined with improved ability to stabilize, treat, and discharge patients. The characteristics of the most-improving hospitals indicate that quality improvement is immanently attainable, occurring at least as much among small, non-teaching institutions as among their larger, more prominent counterparts. A companion report, Hospital Quality Improvement: Strategies and Lessons from U.S. Hospitals, presents case studies of four top-improving hospitals identified in this analysis.
http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Kroch_hosp_performance_improve_1008.pdf?section=4039

SILOW-CARROLL (S.) , ALTERAS (T.) , MEYER (J.A.)
Commonwealth Fund. New York. USA
Amélioration de la qualité à l'hôpital : stratégies et leçons tirés d'études de cas dans des hôpitaux américains.
Hospital quality improvement : strategies and lessons from US hospitals.
New York : Commonwealth Fund
2007/04
Pages : 55p., tabl., fig.
This report focuses on the dynamics of hospital performance: how hospitals achieve and sustain improvements over time. Case studies of four hospitals that made substantial improvements reveal a pattern: 1) a trigger such as a crisis or new leader serves as a "wake-up call" that prompts the hospital to make 2) organizational and structural changes such as multidisciplinary teams, quality-related committees, and technology investments, which facilitate 3) a systematic problem-identification and problem-solving process, resulting in 4) new treatment protocols and practices, which in turn result in 5) improved outcomes. Success strengthens commitment to quality improvement and turns this temporal pattern into an ongoing cycle. The entire process reflects the establishment, growth, and reinforcement of a culture of quality. A companion report, Hospital Performance Improvement : Trends in Quality and Efficiency, presents results of a quantitative examination of the degree to which hospitals are improving (or deteriorating) in quality and efficiency over time.
http://www.cmwf.org/usr_doc/site_docs/annualreports/2006/pdf/AR2006.pdf

KNAPP (M.), MCDAID (D.), MOSSIALOS (E.), THORNICROFT (G.)
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire Européen sur les Systèmes et les Politiques de Santé. Bruxelles. BEL
La politique et les pratiques de santé mentale à travers l'Europe.
Mental health policy and practice across Europe.
Berskshire : Open University Press
2007
Pages : 452p., tabl., index
In much of Europe, the challenges raised by poor mental health remain taboo. This book maps the current state of policy, service provision and funding for mental health care across Europe, taking into account the differing historical contexts that have shaped both the development and the delivery of services. A holistic approach assesses the influence on mental health of environmental factors such as housing, poverty, employment, social justice and displacement. Covering a wide range of policy issues, the book : examines the legal rights of people with mental health problems ; addresses the impact of stigma, social exclusion and discrimination ; reviews the role of service users and their families in the development of mental health services and policy ; evaluates opportunities to rehabilitate people with mental health problems ; discusses the financing and organization of mental

health systems ; and reflects on approaches to reform and on the future development of services.
http://www.euro.who.int/document/E89814.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Copenhague. DNK, World Health Organisation. (W.H.O.). WHO regional office for Europe. European observatory on health systems and policies. Copenhague. DNK
La mobilité des patients dans l'Union européenne : tirer des enseignements à partir des expériences.
Patient Mobility in the European union : learning from experience.
Copenhague : Observatoire européen des systèmes et politiques de santé
2006
Pages : 194p., carte, graph., tabl.
La présente publication se compose de plusieurs études de cas qui décrivent le degré de mobilité des patients dans l'union européenne, l'étendue et la nature de la mobilité, les raisons de l'existence d'une mobilité, les facteurs qui la facilitent ou la freinent, et l'impact potentiel sur les systèmes de soins de santé concernés.
http://www.iese.edu/en/files/6_22160.pdf

KELLEY (Edward), HURST (Jeremy)
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA
Le projet sur les indicateurs de qualité des soins : rapport des indicateurs initiaux.
Health care quality indicators project : initial indicators report.
OECD Health Working Papers ; 22.
Paris : OCDE
2006/03/09
Pages : 151p., 2 graph., 55 tabl.
Le projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (HCQI) a été lancé en 2001. Son objectif à long terme est d'élaborer un ensemble d'indicateurs qui puissent être utilisés pour déterminer de nouvelles pistes de recherche sur la qualité des soins dans les pays de l'OCDE. Les indicateurs devant finalement être recommandés pour faire partie de cet ensemble d'indicateurs doivent en principe être pertinents du point de vue scientifique et importants sur le plan clinique et stratégique, et leur collecte réalisable dans la pratique au sens où les données y afférentes doivent être disponibles et comparables à l'échelon international. Ces indicateurs ne sont pas non plus censés permettre de porter un jugement sur la performance globale des systèmes de santé dans leur intégralité. Ils devraient essentiellement être utilisés comme point de départ pour comprendre pourquoi des différences existent et par quels moyens les réduire et améliorer les soins de santé dans tous les pays. Le projet est divisé en deux phases. La première, dont le présent rapport présente une synthèse, a été axée sur 17 indicateurs importants et facilement accessibles de l'efficacité des soins. Les indicateurs qui seront pris en compte dans la deuxième phase des travaux porteront sur un éventail plus large d'affections cliniques et d'aspects de la qualité des soins de santé. La première partie du rapport présente l'objet et l'historique du projet, les méthodes utilisées et les résultats obtenus. La deuxième partie fait une synthèse des conclusions des analyses approfondies réalisées par l'OCDE au cours du printemps et de l'été 2005 sur un ensemble de cinq questions posées par les experts nationaux lors de la réunion qu'ils ont tenue en décembre 2004 à Paris. Ces questions concernant les données portent sur des problèmes de comparabilité entre les pays pour des indicateurs particuliers. La troisième et dernière partie du rapport présente des informations détaillées sur la pertinence scientifique et l'importance des indicateurs dont l'inclusion dans l'ensemble initial d'indicateurs de la qualité des soins de santé de l'OCDE a été recommandée, la disponibilité des données y afférentes et leur comparabilité au niveau international. Le document examine aussi en détail les indicateurs dont l'intégration dans cet ensemble initial n'est

actuellement pas recommandée. Ces derniers ne sont pas pour autant définitivement écartés. Plusieurs d'entre-eux sont généralement considérés comme pertinents sur le plan scientifique, mais pour le moment, la disponibilité et la comparabilité des données qui s'y rapportent ne sont pas nécessairement tout-à-fait satisfaisantes. Par conséquent, ces indicateurs ne se prêtent pas actuellement à la comparaison internationale (tiré du résumé d'auteur).
http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf

KESSLER (D.P.)
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.). Cambridge CA. USA
Classer les hôpitaux sur la base des distances d'accès hôpital/patients améliore-t-il la qualité des soins ?
Can ranking hospitals on the basis of patients' travel distances improve quality of care ?
NBER Working Paper Series ; n° 11419
Cambridge : NBER
2005/06
Pages : 30p., tabl., graph., fig.
Conventional outcomes report cards public disclosure of information about the patient background-adjusted health outcomes of individual hospitals and physicians may help improve quality, but they may also encourage providers to "game" the system by avoiding sick and/or seeking healthy patients. In this paper, I propose an alternative approach : ranking hospitals on the basis of the travel distances of their Medicare patients. At least in theory, a distance report card could dominate conventional outcomes report cards: a distance report card might measure quality of care at least as well but suffer less from selection problems. I use data on elderly Medicare beneficiaries with heart attack and stroke from 1994 and 1999 to show that a distance report card would be both valid that is, correlated with true quality - and able to distinguish confidently among hospitals that is, able to reject at conventional significance levels the hypothesis that the true quality of a low-ranked hospital was the same as the quality of the average hospital. The hypothetical distance report card I propose compares favorably to (although does not necessarily dominate) the California AMI outcomes report card.
http://www.nber.org/papers/w11419.pdf

WINDMEIJER (F.), GRAVELLE (H.), HOONHOUT (P.)
Institute for Fiscal Studies. (I.F.S.). Londres. GBR
Listes d'attente, temps d'attente et admissions : une analyse empirique au niveau de l'hôpital et de la médecine générale.
Waiting lists, waiting times and admissions : an empirical analysis at hospital and general practice level.
Londres : IFS
2005
Pages : 28p.
http://www.ifs.org.uk/wps/wp0435.pdf
Although elective care in the National Health Service (UK) has been rationed by waiting time since the foundation of the NHS in 1948 there has been little econometric analysis of the way in which supply and demand respond to waiting times and waiting lists. This paper describes the results of an empirical analysis of the responses of inpatient, outpatient and emergency admissions to waiting list size and waiting times using data from a single hospital and the practices it serves.

TOWN (R.), WHOLEY (D.), FELDMAN (R.), BURNS (L.R.)
National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.). Cambridge CA. USA
La révolution HMO a-t-elle été la cause de la consolidation des hôpitaux ?
Did the HMO revolution cause hospital consolidation ?

NBER Working Paper Series ; n° 11087.
Cambridge : NBER
2005/01
Pages : 36p., tabl., graph., fig.
During the 1990s US healthcare markets underwent a significant transformation. Managed care rose to become the dominant form of insurance in the private sector. Also, a wave of hospital consolidation occurred. In 1990, the mean population-weighted hospital Herfindahl-Hirschman Index (HHI) in a Health Services Area (HSA) was .19. By 2000, the HHI had risen to .26. This paper explores whether the rise in managed care caused the increase in hospital concentration. We use an instrumental variables approach with 10-year differences to identify the relationship between managed care penetration and hospital consolidation. Our results strongly imply that the rise of managed care did not cause the hospital consolidation wave. This finding is robust to a number of different specifications.
www.nber.org/papers/w11087

Comité Permanent des Hôpitaux de l'Union Européenne. (H.O.P.E.). Bruxelles. BEL
Mesure et comparaison des listes d'attente : une étude dans quatre pays européens.
Measuring and comparing waiting lists : a study in four European countries.
HOPE's working party on management of waiting lists.
Bruxelles
2004/04/18
Bruxelles : Hope
2004
Pages : 33p., tabl., graph.
Timely access to health care services is a primary concern in the health care debate in many countries. Different policies to address long waiting lists have been tried - some of them being more efficient than others. However, of great importance to the management of waiting lists and actions against long waiting times is to have reliable and valid information on waiting times. Measurement is crucial to understanding how any system works; where a system contains problems, it is the key to finding solutions. Comparisons between different health care systems are always interesting since learning about others can be a way to greater understanding of one's own system. The aim of this report is therefore to describe and compare how waiting lists are reported and monitored in four European countries. A summary of difficulties and pitfalls in connection to waiting list measurement and statistics are also presented in the report.
http://www.hope.be/07publi/WAITINGLISTS/HOPE%20WAITING%20LIST%20WORKING%20PARTY%20REPORT.pdf

MILLAR (John), MATTKE (Soeren)
OECD patient safety panel, Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA
Choix d'indicateurs pour la sécurité des patients au niveau des systèmes de santé des pays de l'OCDE.
Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD countries.
OECD Health Technical Papers ; n° 18.
Paris : OCDE
2004/10/28
Pages : 44p., 2 ann., 2 tabl.
Ce rapport présente les recommandations consensuelles d'un groupe d'experts internationaux sur les indicateurs relatifs à la sécurité des patients. En suivant une méthodologie détaillée, le groupe d'experts a entrepris de sélectionner des indicateurs devant couvrir cinq grands domaines (infections nosocomiales, événements sentinelles, complications opératoires et post-opératoires, obstétrique, autres événements indésirables liés aux soins), et propose au final 21 indicateurs. Le rapport décrit la méthodologie

employée pour les sélectionner, et démontre, arguments à l'appui, la viabilité scientifique et l'importance stratégique des 21 indicateurs retenus. Ce document fait parti d'un ensemble de numéros de cette série consacrés aux indicateurs de qualité des soins. Il n'est pas disponible en version papier.
http://www.oecd.org/dataoecd/53/26/33878001.pdf

OVRETVEIT (J.)
Organisation Mondiale de la Santé. Health Evidence Network (H.E.N.). Copenhague. DNK
Quelles sont les meilleures stratégies pour renforcer la qualité dans les hôpitaux ?
What are the best strategies for ensuring quality in hospitals ?
Copenhague : OMS
2003/11
Pages : 25p.
A partir d'une revue de la littérature, ce rapport réalisé par l' Health Evidence Network fait une synthèse des principales études et politiques menées dans le monde pour améliorer la qualité des soins à l'hôpital, ainsi que la sécurité du personnel et des malades.
http://www.euro.who.int/document/Hen/hospquality.pdf

GODDARD (Maria), HOBDEN (Chris)
University of York. Centre for Health Economics. (C.H.E.). York. GBR
Department of Health. Londres. GBR
Choix du patient : aperçu.
Patient choice : a review.
Heslington : Centre for Health Economics
2003
Pages : 30p.
A partir d'une revue de la littérature réalisée sur les princpales bases médicales (Medline, Sigle..), ce rapport analyse les modalités des choix des patients vis-à-vis du système de santé anglais : libre choix du médecin, accès à l'hôpital.

CHEVREUL (K.), COM-RUELLE (L.), MIDY (F.), PARIS (V.)
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Le développement des services de soins hospitaliers à domicile - Expériences australienne, canadienne et britannique.
Rapport Irdes.
Paris : IRDES
2005/11
Pages : 135p, 17 tabl., 6 graph.
En France, le développement des soins hospitaliers à domicile (SHAD) offrant une alternative aux soins traditionnellement réalisés à l'hôpital n'apparaît pas à la mesure des enjeux qui s'y rattachent, tels que l'amélioration de la qualité des soins et de l'articulation entre la ville et l'hôpital. L'étude d'expériences étrangères de ces modes de prise en charge permet de connaître le contexte et les conditions de leur mise en oeuvre et de mettre en évidence les facteurs qui facilitent ou freinent leur développement. Cette analyse a pour objet de nourrir la réflexion sur l'opportunité de maintenir et d'étendre ce type de services en France. Trois pays ont été choisis pour l'importance de la littérature disponible sur le thème des soins à domicile : l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni.
http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum91.pdf

Comité Permanent des Hôpitaux de l'Union Européenne. (H.O.P.E.). Bruxelles. BEL
Mesure et comparaison des listes d'attente : une étude dans quatre pays européens.
Measuring and comparing waiting lists : a study in four European countries.
HOPE's working party on management of waiting lists.
Bruxelles
2004/04/18

Bruxelles : Hope
2004
Pages : 33p., tabl., graph.
Timely access to health care services is a primary concern in the health care debate in many countries. Different policies to address long waiting lists have been tried - some of them being more efficient than others. However, of great importance to the management of waiting lists and actions against long waiting times is to have reliable and valid information on waiting times. Measurement is crucial to understanding how any system works; where a system contains problems, it is the key to finding solutions. Comparisons between different health care systems are always interesting since learning about others can be a way to greater understanding of one's own system. The aim of this report is therefore to describe and compare how waiting lists are reported and monitored in four European countries. A summary of difficulties and pitfalls in connection to waiting list measurement and statistics are also presented in the report.
http://www.hope.be/07publi/WAITINGLISTS/HOPE%20WAITING%20LIST%20WORKING%20PARTY%20REPORT.pdf

NAYLOR (C.D.), IRON (K.), HANDA (K.), HURST (J.), REHNQVIST (N.), JACOBZONE (S.), EVANS (D.B.), VAN DOORSLAER (E.), POUVOURVILLE (G. de), MINVIELLE (E.), GIRARD (J.F.) et al.
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA
Etre à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE.
Measuring up : improving Health System Performance in OECD countries.
Paris : OCDE
2002
Pages : 395p., tabl., graph.
Cote Irdes : B3653 bis
Comment mesurer la performance des systèmes de santé ? Et comment peut-on l'améliorer de façon constante grâce à ce type de mesures ? Telles sont les grandes questions traitées dans ce volume. Les responsables des politiques de santé cherchent de plus en plus à encourager les systèmes de santé à améliorer leur performance, performance qui se mesure en termes de qualité, d'efficience ou d'équité. De meilleures performances devraient contribuer à réduire la tension entre une demande en augmentation et des ressources limitées. Par ailleurs, on exige de plus en plus des organismes de financement et des prestataires de services de santé qu'ils rendent compte de leurs actes. Cet ouvrage aborde les principaux éléments d'un cadre d'analyse possible de la performance permettant de procéder à des évaluations des systèmes de santé à l'échelon national et d'établir des comparaisons internationales. Il traite aussi de quelques problèmes épineux non résolus : comment pallier l'absence de mesures des résultats en matière de santé ? Comment mieux faire cadrer les incitations et les informations sur les performances avec les objectifs de la politique de santé ? Comment concilier la démarche traditionnelle d'autorégulation professionnelle avec l'exigence d'une plus grande responsabilité de la profession à l'égard du public quant à la qualité des soins de santé dispensés ?
http://www1.oecd.org/publications/e-book/8102012E.PDF

European Observatory on Health Care Systems. Londres. GBR,
Les hôpitaux dans une Europe en transformation.
Hospitals in a changing Europe.
European Observatory on Health Care Systems Series.
Buckingham : Open University Press
2004
Pages : 295p., tabl., ind.
Dans un proche avenir, les hôpitaux seront confrontés en Europe à de difficiles challenges : nouvelles pathologies, émergence de nouvelles technologies, vieillissement de la population

et contraintes budgétaires permanentes. Cet ouvrage tente d'analyser les pressions auxquelles doivent faire face les décideurs pour améliorer la gestion de l'hôpital tout en répondant aux besoins des usagers. Il décrit les perspectives de réforme envisageables, ainsi que les stratégies à mettre en œuvre pour améliorer la performance du système hospitalier en Europe occidentale et dans les pays européens en transition (Peco).
http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524_10

MOUSQUES (J.),PARIS (V.)
Le fonctionnement des hôpitaux dans 6 pays étrangers. Rapport pour la Cour des Comptes.
Rapport Credes.
2002/04
Pages : 44p.
Cette étude a pour objectif de décrire le fonctionnement des soins hospitaliers dans six pays, qui sont l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Québec, le Royaume-Uni et la Suède. Après avoir abordé les conditions d'accès de la population aux soins hospitaliers et les caractéristiques de l'offre, quatre thématiques seront traitées : le partage des responsabilités entre les acteurs et les différents niveaux de " gouvernement " concernant l'organisation des soins hospitaliers et leur financement ; les méthodes utilisées, d'une part pour encadrer la dépense globale en soins hospitaliers et éventuellement la répartir régionalement, d'autre part pour rémunérer les établissements ; le statut des établissements et des personnels participant à la production de soins hospitaliers ; une évaluation modeste des performances des systèmes hospitaliers des six pays, principalement basée sur des éléments d'auto diagnostic présentés par des experts nationaux. Notre analyse s'est concentrée sur les soins hospitaliers aigus et ne fait référence aux soins psychiatriques et aux soins de long terme que pour expliquer les tendances observées. Ce choix s'est imposé du fait de l'extrême variabilité des concepts et des pratiques dans ces deux secteurs, qui ne sont pas toujours inclus dans le champ des établissements hospitaliers. Les éléments rassemblés ici proviennent essentiellement de la littérature publiée, des bases de données internationales et nationales et de la consultation d'experts nationaux (résumé d'auteur).
http://www.irdes.fr/En_ligne/Rapport/hopfonc.pdf

ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUES. (O.C.D.E.). Paris. FRA
Vers des systèmes de santé plus performants : le projet de l'OCDE sur la santé.
Towards high-performing Health Systems : The OECD Health Profect.
Paris : OCDE
2004
Pages : 137p., tabl., graph.
Ce rapport présente une synthèse des études menées par l'OCDE dans le cadre du Projet sur la santé, dont l'objet était d'essayer de répondre à plusieurs grandes questions auxquelles sont aujourd'hui confrontées les autorités responsables de la santé. On y trouvera des informations et des analyses sur des sujets aussi divers que les technologies médicales nouvelles et émergentes, les soins de longue durée, l'assurance-maladie privée, la maîtrise des dépenses de santé, l'équité d'accès aux soins selon le revenu, la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé et leur productivité, et les délais d'attente pour la chirurgie non urgente. Ce rapport s'appuie sur l'expérience de nombreux pays ainsi que sur des données nouvelles relatives aux différences qui existent d'un pays à l'autre. Il constitue une feuille de route tout à fait actuelle pour améliorer les systèmes de santé.

OR (Zeynep)
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction pour l'Education, l'Emploi le Travail et les Affaires Sociales. Paris. FRA
Analyser les effets du système de soins sur la mortalité dans les pays membres de l'OCDE.

Exploring the effects of health care on mortality across OECD countries.
Paris : OCDE
LABOUR MARKET AND SOCIAL POLICY OCCASIONAL PAPERS
2000
Pages : 40p., 4 ann., 1 graph., 3tabl.
Cote Irdes : P179
Deux questions primordiales auxquelles doivent faire face les responsables des politiques de santé dans les pays de l'OCDE sont : 1) - Dans quelle mesure les investissements croissants dédiés aux soins en santé mènent à une réelle amélioration en terme d'état de santé; et 2) - dans quelle mesure les différents types de financement et d'approvisionnement des soins de santé - et donc, les reformes de santé - apportent-elles une différence à la santé d'une population. Le présent rapport explore l'effet des variations dans le volume des service de soins et de certaines autres caractéristiques des systèmes de santé sur la mortalité à travers 21 pays de l'OCDE sur les 25 dernières années, après un contrôle sur d'autres déterminants d'état de santé. Il poursuit la recherche sur les déterminants de l'état de santé dans les pays de l'OCDE (Or, 2000). A l'encontre de l'étude précédente, il se concentre sur une mesure non-monétaire de ressources médicales -nombre de médecin- pour éviter un certain nombre de problèmes de mesure. Il utilise également une série de mesures globales de la mortalité pour évaluer la performance des système de santé et incorpore un certain nombre de variables catégoriques afin de capter les principales caractéristiques de financement des services de soins. Étant donné la tendance à penser que la productivité marginale des soins médicaux est proche de zéro dans les pays industrialisés, les résultats sont surprenants et encourageants pour les réformes des soins de santé. Ils indiquent que durant ces 25 dernières années, l'augmentation du nombre de médecins en activité est liée d'une manière significative à la réduction de la mortalité, ce après avoir contrôlé d'autres déterminants de la santé pour lesquels des données sont disponibles. Par ailleurs, les résultats suggèrent que l'importance relative des différents déterminants est liée au type de mortalité (Résumé d'auteur).
http://www.olis.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/LINKTO/DEELSA-ELSA-WD(2000)7 - http://www.olis.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/4f7adc214b91a685c12569fa005d0ee7/c125692700623b74c12569d0004e93ad/$FILE/00087510.PDF

SICILIANI (Luigi), HURST (Jeremy)
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA
Expliquer les variations des temps d'attente pour la chirurgie non urgente dans les pays membres de l'OCDE.
Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries.
OECD Health Working Papers ; 7
Paris : OCDE
2003/10/07
Pages : 73p., graph., tabl.
Dans près de la moitié des pays de l'OCDE, les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes constituent un important sujet de préoccupation pour les responsables de la politique de la santé. Le projet de l'OCDE sur ce sujet vise principalement les objectifs suivants : i) examiner les initiatives prises par les pouvoirs publics en vue de réduire ces délais d'attente dans douze pays Membres ; ii) rechercher les causes des différences observées d'un pays à l'autre quant à ces délais. Le premier objectif a été étudié dans un précédent rapport (Hurst et Siciliani, 2003 ; document de travail de l'OCDE sur la santé, n°6). Le présent document porte sur le second objectif. Il est intéressant de noter que, si certains pays de l'OCDE font état de délais d'attente non négligeables, ce n'est pas le cas pour d'autres. Ces délais posent un épineux problème de fond en matière de santé dans les douze pays qui participent au projet (Australie, Canada, Danemark, Espagne, Finlande, Irlande, Italie, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède). Or, dans huit autres pays (Allemagne, Autriche, Belgique, Etats-Unis, France, Japon, Luxembourg et Suisse), ces temps d'attente sont, semble-t-il, peu importants. Cet exposé présente une

analyse comparative de la situation de ces deux groupes de pays et s'intéresse aux facteurs de nature à expliquer l'absence de délais d'attente dans le second.
http://www.olis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/0/d44880fae40427c4c1256db80047d61b/$FILE/JT00150885.PDF -
http://www.olis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/0/d44880fae40427c4c1256db80047d61b?OpenDocument

GAULTIER-GAILLARD (S.) , DE MARCELIN-WARIN (N.)
Université de Paris 1. LASI. Paris. FRA, Université de Montréal. CIRANO. Montréal. CAN
Gestion des risques iatrogènes : une étude comparative en milieu hospitalier entre la France et l'Etranger.
Paris : Ministère chargé de la Santé, DHOS
2001/05
Pages : 76p. , 8 ann.
La gestion du risque iatrogène en milieu hospitalier suscite interrogations et réflexions depuis quelques années en France. La définition même du risque iatrogène ne fait pas l'objet d'un consensus et elle évolue au fil des débats internationaux sur cette question. Il semble évident qu'aucun pays étranger ne fonctionne comme la France et l'idée n'est pas de copier un modèle à l'étranger mais de rechercher des pratiques de gestion de risques qui soient adaptables à notre système de santé. Par conséquent cinq pays ont été retenus sur le critère de leur mode de gestion : Etats-Unis, Canada (Province de Québec), Grande-Bretagne, Suisse, Pays-Bas. Dans ces cinq pays, la iatrogénie n'est pas gérée comme une entité à part entière mais fait partie d'une plus vaste gestion des risques concernant les événements indésirables. L'intérêt grandissant pour la prise en compte et la gestion des événements indésirables, s'explique par la mortalité, la morbidité, la prolongation du séjour hospitalier et l'augmentation des coûts inhérents qu'ils engendrent. L'étude fournit des éléments de réponse pour la gestion du risque iatrogène en milieu hospitalier en France à travers la comparaison de ces cinq systèmes. Le système français est mixte en ce sens qu'il est réglementé pour certains aspects de la gestion des risques (infections nosocomiales, vigilances) et incitatif (recommandations issues de groupes d'experts, d'agences ou autres institutions). La recherche d'une régulation équilibrée entre l'État, les professionnels de santé et les usagers peut s'appuyer sur les modes d'organisation expérimentés à l'étranger.

MOON (Lynelle), MOISE (Pierre), JACOBZONE (Stéphane)
ARD-stroke experts group.
Les soins pour accidents vasculaires cérébraux dans les pays de l'OCDE : une comparaison du traitement, des coûts et des résultats dans 17 pays.
Stroke care in OECD countries : a comparison of treatment, costs and outcomes in 17 countries.
OECD Health Working Papers ; 5
réf. 7p.
Paris : OCDE
2003/06/06
Pages : 102p., 3 ann., graph, tabl.
L'étude sur les maladies liées au vieillissement compare les divers systèmes de santé en examinant les tendances en matière de traitements et de résultats par type de maladie. La plupart des décisions prises quotidiennement et qui déterminent la performance des systèmes de soins de santé le sont au moment du traitement d'une maladie spécifique. Ainsi, lors de la comparaison de la performance des systèmes de soins de santé par maladie, le projet des maladies liées au vieillissement effectue une approche du bas vers le haut plutôt que l'approche plus habituelle, et va ainsi au coeur de la performance des systèmes de soins de santé. Ce document présente une telle analyse en ce qui concerne les accidents cérébrovasculaires. Les tendances dans les traitements préconisés varient considérablement d'un pays à l'autre pour les mêmes maladies et peuvent s'expliquer par des différences caractéristiques structurelles propre à chaque système de santé. Une

analyse par type de maladie commence par l'examen de ces caractéristiques : les incitations économiques, les politiques et les réglementations qui influencent les décisions prises par des fournisseurs individuels dans le traitement d'une maladie spécifique et qui définissent l'approche de chaque système de santé. Afin d'évaluer correctement la performance des systèmes de santé, cette analyse doit s'accompagner d'un examen des conséquences qui résultent de ces tendances dans le domaine des traitements. Pour finir, l'analyse de la performance des systèmes de santé ne sera pas complète d'un point de vue économique sans une analyse du coût des approches des divers systèmes de santé face au traitement de la maladie (tiré du résumé d'auteur). Ce document est disponible sur le site de l'OCDE : http://www.oecd.org/dataoecd/10/46/2957752.pdf
http://www.oecd.org/dataoecd/10/46/2957752.pdf - http://www.olis.oecd.org/OLIS/2003DOC.NSF/LINKTO/DELSA-ELSA-WD-HEA(2003)5

NAYLOR (C.D.), IRON (K.), HANDA (K.), HURST (J.), REHNQVIST (N.), JACOBZONE (S.), EVANS (D.B.), VAN DOORSLAER (E.), POUVOURVILLE (G. de), MINVIELLE (E.), GIRARD (J.F.) et al.
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA
Etre à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE.
Paris : OCDE
2002
Pages : 395p., tabl., graph.
Comment mesurer la performance des systèmes de santé ? Et comment peut-on l'améliorer de façon constante grâce à ce type de mesures ? Telles sont les grandes questions traitées dans ce volume. Les responsables des politiques de santé cherchent de plus en plus à encourager les systèmes de santé à améliorer leur performance, performance qui se mesure en termes de qualité, d'efficience ou d'équité. De meilleures performances devraient contribuer à réduire la tension entre une demande en augmentation et des ressources limitées. Par ailleurs, on exige de plus en plus des organismes de financement et des prestataires de services de santé qu'ils rendent compte de leurs actes. Cet ouvrage aborde les principaux éléments d'un cadre d'analyse possible de la performance permettant de procéder à des évaluations des systèmes de santé à l'échelon national et d'établir des comparaisons internationales. Il traite aussi de quelques problèmes épineux non résolus : comment pallier l'absence de mesures des résultats en matière de santé ? Comment mieux faire cadrer les incitations et les informations sur les performances avec les objectifs de la politique de santé ? Comment concilier la démarche traditionnelle d'autorégulation professionnelle avec l'exigence d'une plus grande responsabilité de la profession à l'égard du public quant à la qualité des soins de santé dispensés ?
http://www1.oecd.org/publications/e-book/8102012E.PDF

KRONEMAN (M.)
Netherlands Inter-University Center for Social Science Theory and Methodology. (I.C.S.). Utrecht. NLD, Netherlands Institute of Primary Health Care. (N.I.V.E.L.). Utrecht. NLD
Systèmes de santé et utilisation des lits d'hopitaux.
Healthcare systems and hospital bed use.
ICS Dissertation.
2001
Pages : 181p., tabl., graph.
Basé sur des résultats d'enquêtes, des revues de la littérature, ainsi que sur des visites effectuées dans différents centres de recherche, ce rapport passe en revue les politiques de santé des pays de l'Union européenne, en s'intéressant plus particulièrement à la planification hospitalière. Il aborde les problématiques suivantes : fermeture ou restructuration des lits d'hôpitaux, développement des alternatives à l'hospitalisation, dont la chirurgie ambulatoire, modes de financement des soins...

Comité Européen de l'Hospitalisation Privée. (C.E.H.P.). Bruxelles. BEL
Vue d'ensemble sur les systèmes hospitaliers.
Overview of Hospital Systems.
Bruxelles : CEHP
2001
Pages : 150p., tabl.
Ce rapport rassemble les principaux chiffres-clés sur l'hôpital privé dans les pays de l'Union européenne.

WILEY (M.M.), LASCHOBER (M.A.), GELBAND (M.)
Congress of the United States. Office of Technology Assessment. Washington WA. USA
Financement des hôpitaux dans sept pays.
Hospital Financing in seven countries.
Assessment.
Washington : Office of Technology
1995
Pages : 159p., tabl., carte, index
Cote Irdes : B2124
Analyse comparée des modes de financement des hôpitaux dans sept pays : Etats-Unis, Canada, Royaume-uni, France, Allemagne, Pays-Bas, Suède.

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA
La réforme des systèmes de santé : étude de dix-sept pays de l'OCDE.
Etudes de politique de santé ; 5.
Paris : OCDE
1994
Pages : 370p., tabl., graph.
Les pays de l'OCDE se sont vus confrontés à une escalade des coûts de leurs systèmes de santé. Si ce problème s'est atténué dans certains d'entre eux, ce n'est pas le cas dans tous. Une étude menée par l'OCDE en 1992 sur les réformes des systèmes de santé dans sept pays a conclu qu'il était plus facile de maîtriser ce type de coûts dans les pays où le financement et la prestation des soins de santé étaient placés sous le contrôle d'un échelon central. Mais la présente étude, qui porte sur dix-sept autres pays, donne à penser que la ferme détermination des gouvernements peut inciter encore davantage à contenir les dépenses de santé et à trouver des modalité de prestation des soins qui soient à la fois plus efficaces et plus efficientes.

COMITE HOSPITALIER DE LA COMMUNAUTE EUROPEENNE
Services hospitaliers dans la C.E.
Leuven : HOPE
1993
Pages : 512 p., index
La première partie de cet ouvrage décrit, en quatre langues (anglais, français, allemand et espagnol), l'organisation de la santé dans les pays de la communauté européenne et notamment analyse le service hospitalier. La deuxième partie est un glossaire multilingue recensant les termes principaux du domaine de la santé et du domaine hospitalier.

ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUES
Les systèmes de santé des pays de l'OCDE : faits et tendances (1960-1991) ; suivi de : Environnement socio-économique, sources statistiques
Etudes de politique de santé ; 3
Paris : OCDE
1993
Pages : 281 p. + 200 p., tabl., graph.

Articles

Governing public hospitals

Bulletin étranger
EUROHEALTH, vol. 19 n°1, 2013
In : Governing public hospitals
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/186021/EuroHealth-v19-n1.pdf
This issue of Eurohealth Observer section looks at governing public hospitals. The overview article discusses innovative strategies in governing public hospitals. Four case study articles are then presented focusing on autonomous hospitals in Spain, governance arrangements in the Netherlands, legal forms of hospitals in the Czech Republic, and decentralisation in Norway. Other articles include: A nudge in the wrong direction; Addressing critical health workforce challenges; Pay-for-performance in FYR Macedonia; Reform in the Bulgarian pharmaceutical sector; and Eurohealth Monitor.

EU Crossborder health care collaboration.

McKEE (M.),BUSSE (R.),BAETEN (R.),et al.
En ligne
EUROHEALTH, vol. 19 n°4, 2013
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/236811/Eurohealth_v19-n4.pdf
This issue of Eurohealth explores various topics related to the European Directive on the application of patients' rights in cross-border health care. Ten case studies look at specific aspects of EU cross-border health care collaboration, particularly at potential obstacles not fully covered by the Directive. Other articles look at dispensing prescriptions across EU Member States, European public health strategies, oral health in Europe, reporting health care waste in the Netherlands, the chronic care system in Spain, scaling-up e-health in Catalonia and dental health services for migrants in Cyprus.

Quality, cost, and their trade-off in treating AMI and stroke patients in European hospitals.

HAKKINEN (U.),ROSENQVIST (G.),PELTOLA (M.),KAPIAINEN (S.),RATTO (H.),COTS (F.),GEISSLER (A.),OR (Z.),SERDEN (L.),SUND (R.)
c, R1941
HEALTH POLICY (AMSTERDAM, NETHERLANDS), vol. 117 n°1, page(s) 15-27, 2014/07
http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510(14)00130-4/abstract
OBJECTIVES : This study compared the cost and in-hospital mortality of hospital care for two major diseases, acute myocardial infarction (AMI) and stroke, by pooling patient-level data from five European countries (Finland, France, Germany, Spain, and Sweden). We examined whether a cost-quality trade-off existed in these countries by comparing hospital-level costs and survival rates, and whether hospitals which performed well in terms of cost or quality in treating one patient group (AMI) performed well also in treating the other patient group (stroke). METHODS : A fixed-effect probit regression model for survival and the linear model for log costs were used to calculate indicators for hospital quality and cost, which were plotted against each other. FINDINGS : Both with AMI and stroke there were remarkable differences between hospitals and countries in (both crude and adjusted) rates of patients discharged alive. Swedish and French hospitals had lower mortality than hospitals in Germany, Finland and Spain in the care of AMI patients. However, a longer length of stay in Spanish and German hospitals may bias the results in the two countries. The Finnish hospitals seemed to have lower mortality than the other countries' hospitals in the care of stroke patients. There was no correlation at either the national or hospital level in the quality of treatment of these two diseases. We did not find a clear cost-quality trade-off. The only notable exception was Sweden, where the costs for AMI patients were higher in hospitals with the highest quality of care. CONCLUSIONS : Countries should identify the best performing hospitals both in terms of cost and quality in order to learn from hospitals that demonstrate better practice. It is equally important to better understand the reasons behind the observed differences between hospitals in costs and quality.

Diagnosis-related groups in Europe : moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals ?
BUSSE (R.),GEISSLER (A.),AAVIKSOO (A.),COTS (F.),HAKKINEN (U.),KOBEL (C.),MATEUS (C.),OR (Z.),O'REILLY (J.),SERDEN (L.),STREET (A.),SWAN TAN (S.),QUENTIN (W.)
C, R1924
BRITISH MEDICAL JOURNAL, vol. En ligne n°, 2013/06/07

Governing public hospitals
Bulletin étranger
EUROHEALTH, vol. 19 n°1, 2013
In : Governing public hospitals
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/186021/EuroHealth-v19-n1.pdf
This issue of Eurohealth Observer section looks at governing public hospitals. The overview article discusses innovative strategies in governing public hospitals. Four case study articles are then presented focusing on autonomous hospitals in Spain, governance arrangements in the Netherlands, legal forms of hospitals in the Czech Republic, and decentralisation in Norway. Other articles include: A nudge in the wrong direction; Addressing critical health workforce challenges; Pay-for-performance in FYR Macedonia; Reform in the Bulgarian pharmaceutical sector; and Eurohealth Monitor.

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences.
COLDEFY (M.)
QES180
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES), n°180, 2012/10
In : L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences.
http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf
La prise en charge des troubles psychiques, qui concernent un individu sur quatre en Europe, est devenue une priorité des politiques de santé après l'impulsion donnée en 2005 par le plan d'action en santé mentale en Europe de l'Organisation mondiale de la santé. Ce plan encourage un meilleur équilibre entre prise en charge ambulatoire et hospitalière, et le développement des services de proximité. Depuis les années 1970, la plupart des pays européens sont passés d?une prise en charge dans de grandes institutions à l'intégration du patient dans son environnement à l'aide de soins et de services de proximité. Après avoir montré comment le processus de désinstitutionnalisation des soins psychiatriques s'est opéré à des vitesses et modalités distinctes en Allemagne, Angleterre, France et Italie, sont étudiés l'offre de services, les structures et modes de prise en charge actuels dans ces quatre pays. Ces premiers éléments de comparaison mettent en évidence, outre la difficulté de disposer de données de qualité comparables entre les pays, l'inégal achèvement des politiques de désinstitutionnalisation psychiatrique. Ils pointent également le retard de la France en matière d'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, mais aussi de développement des structures et services d?accompagnement des personnes à l?extérieur de l?hôpital.

Apport des systèmes de gestion de la qualité à la sécurité du patient : revue internationale.
RODRIGUEZ ROJAS (Y.L.), CAMARGO ROJAS (D.A.)
C, P25
PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS, n°3, 2012/07-09
http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/la-revue-pratiques-et-organisation-des-soins/index.php
[BDSP. Notice produite par CNAMTS R0xrCJrF. Diffusion soumise à autorisation]. Les systèmes de gestion de la qualité permettent l'amélioration continue de la qualité dans la prestation des services de santé. L'augmentation de l'incidence des effets adverses des soins a justifié la mise en oeuvre de stratégies pour les réduire. L'objectif de ce travail était d'identifier au niveau international la contribution des systèmes de gestion de qualité à la sécurité des patients.

Paying for hospital care : the experience with implementing activity-based funding in five European countries.
O'REILLY (J.), BUSSE (R.), HAKKINEN (U.), OR (Z.) et al.
C, R1863
HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW, vol. 7 n°1, 2012/01
Following the US experience, activity-based funding has become the most common mechanism for reimbursing hospitals in Europe. Focusing on five European countries (England, Finland, France, Germany and Ireland), this paper reviews the motivation for introducing activity-based funding, together with the empirical evidence available to assess the impact of implementation. Despite differences in the prevailing approaches to reimbursement, the five countries shared several common objectives, albeit with different emphasis, in moving to activity-based funding during the 1990s and 2000s. These include increasing efficiency, improving quality of care and enhancing transparency. There is substantial cross-country variation in how activity-based funding has been implemented and developed. In Finland and Ireland, for instance, activity-based funding is principally used to determine hospital budgets, whereas the models adopted in the other three countries are more similar to the US approach. Assessing the impact of activity-based funding is complicated by a shortage of rigorous empirical evaluations. What evidence is currently available, though, suggests that the introduction of activity-based funding has been associated with an increase in activity, a decline in length of stay and/or a reduction in the rate of growth in hospital expenditure in most of the countries under consideration.

How well do diagnosis-related groups for appendectomy explain variations in resource use ? An analysis of patient-level data from 10 european countries.
MASON (A.), OR (Z.), RENAUD (T.) , STREET (A.) , THUILLIER (J.), WARD (P.)
C, R1893
HEALTH ECONOMICS, vol. 21 n°suppl. 2, 2012/08

Diagnosis Related Groups and variations in resource use for child delivery across 10 European countries.
OR (Z.), RENAUD (T.) , THUILLIER (J.), LEBRETON (C.)
C, R1894
HEALTH ECONOMICS, vol. 21 n°suppl. 2, 2012/08

CLAVIER (Carole), HASSENTEUFEL (Patrick), MORENO-FUENTES (Francisco-Javier), SCHWEYER (François-Xavier)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA
Les limites de la convergence du temps de travail des médecins hospitaliers en Europe : Allemagne, Danemark, Espagne, Lituanie, Royaume-Uni.
REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2011/04-09
n°: 2-3 : Pages : 226-251
[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE CAtEsR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article explique la persistance de différences de temps de travail entre les pays et à l'intérieur de chacun malgré l'existence d'une directive européenne. Cette explication est développée en trois temps : - la transposition de la directive dans le droit national donne lieu à des interprétations de la norme européenne selon les pays ; deux séries de facteurs sont ensuite avancées : la première renvoie au rôle de la négociation collective dans chacun des pays, la seconde renvoie au contexte hospitalier dans son ensemble. Le temps de travail apparaît comme un enjeu secondaire dans les pays étudiés, inscrit dans le contexte plus général des enjeux et des évolutions des politiques hospitalières nationales et de la démographie médicale.

GAREL (Pascal), LOMBARDI (Gloria)
Les hôpitaux européens et la crise.
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE
2011/05-06
n°: 540 : Pages : 48-51
[BDSP. Notice produite par EHESP oHlJR0xp. Diffusion soumise à autorisation]. La Fédération européenne des hôpitaux et des soins de santé (HOPE) vient de publier une étude "The crisis, hospitals and healthcare" qui analyse, pays par pays, l'impact de la crise financière et économique sur les services de santé, l'hôpital, les professionnels de santé, les patients et l'ensemble des citoyens. Cet article présente les principaux enseignements de cette étude disponible en langue anglaise sur le site internet de la fédération.

KREINDLER (S.A.)
Les stratégies politiques pour réduire les temps d'attente pour les soins non urgents : une synthèse des données internationales.
Policy strategies to reduce waits for elective care : a synthesis of international evidence.
BRITISH MEDICAL BULLETIN
2010/05/10
Vol : 95 : n°: 1 : Pages : 7-32

FESSIER (J.M.)
"Not-for-profit" dans les hôpitaux.
La privatisation de la santé.
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2010
n°: 28 Numéro spécial : : Pages : 49-54
Dans un certain nombre de pays, sur chaque continent, on constate que le secteur hospitalier nonprofit est important. Cette situation de l'offre de soins hospitaliers est à distinguer de celle des systèmes d'assurance maladie dont la capacité d'inclusion est variable. On s'attache plus particulièrement ici à la situation des hôpitaux en Europe et sur le continent nord-américain. Aux États-Unis, deux tiers des lits hospitaliers de court séjour relèvent de l'économie sociale. Il s'agit notamment des hôpitaux universitaires les plus importants. À une telle échelle, qui est aussi celle de certains pays en Europe, il est permis de penser qu'une volonté culturelle, politique et sociale forte et durable s'exprime ainsi (résumé de l'éditeur).

CYLUS (J.), IRWIN (R.)
Le challenge des modes de financement des hôpitaux en Europe.
The challenges of Hospital payment systems in Europe.
EURO OBSERVER - HEALTH POLICY BULLETIN OF THE EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS

2010
Vol : 12 : n°: 3 Pages : 1-12, tabl., graph., fig.
Spending on hospital services has historically been one of the largest shares of total health care expenditures for the majority of countries in Europe and the developed world.According to the OECD, hospital spending on average accounted for approximately one third of total current expenditure on health care in European OECD countries in 2008, ranging from 26.7% in Slovakia to 46.9% in Sweden. In some countries in the WHO European region, particularly in CIS countries, inpatient expenditures as a share of total health care expenditures has at times been over 70%.2 As hospitals continue to consume a considerable share of health care resources, policymakers have looked to new payment strategies to ensure that care is delivered efficiently. Hospital financiers are faced with the difficult task of designing systems aligning patient needs and provider incentives in order to obtain the best possible value for money; The financial incentives underlying hospital payment systems ultimately affect providers' organizational structure and treatment patterns. In the past, most European countries paid for hospital care through payment systems such as global fixed budgets, fixed rates per admission or per diem rates based on the number of bed days. Each of these systems encourages different approaches to providing hospital care. This issue talks about : The challenges of hospital payment systems ; DRG-type hospital payment in Germany ; - Structural reforms and hospital payment in the Netherlands ; Financing of hospital care in Finland.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/121743/EuroObserver_Autumn2010.pdf

RECHEL (B.), WRIGHT (S.), DOWDESWELL (B.), MCKEE (M.)
Even in tough times : investing in hospitals of the future.
EURO OBSERVER - HEALTH POLICY BULLETIN OF THE EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES
2010
Vol : 12 N° : 1
Pages : 12p., tabl., graph.
This article is based on a two-part study undertaken in 2006–2009. The first part was a series of case studies from across Europe, illustrating innovative approaches to hospital planning and design.2 The issues that emerged included flexible design, a focus on clinical pathways, integrated regional planning and integration of models of care into design.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/80327/EuroObserver_Spring2010.pdf

HUIBERS (L.)? GIESEN (P.) , WENSING (M.), GROL (R.)
Soins en dehors des heures d'ouverture : évaluation de différents modèles organisationnels.
Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models
BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
2009/02
Vol : 9 N° 105
Pages : 8p., tabl.
From 2002 the Norwegian hospital sector is to be transferred from county to state ownership, organised through regional semiautonomous companies. A major motivation for the reform is to allow for more specialised hospital production. If there are economies or diseconomies of scope, the production of hospital services in a region could become more efficient by exploiting any cost savings that may stem from an optimal division of service production between units. While the theory of economics of scope is well developed, applications have chiefly been concerned with testing for natural monopoly, and few studies of hospital production have been concerned with scope. This paper estimates a multiple output cost function from data on Norwegian hospitals using the non-parametric Data Envelopment Analysis (DEA) method. The cost function is specified with total running costs as the only input, but with seven different outputs to focus on the properties of the output transformation frontier. To overcome the methodological assumption of convexity inherent in DEA, the sample is split into relative specialised and differentiated hospitals, before comparing costs.

This partitioning is achieved through grouping as specialised the first and fifth quintiles of the hospitals ranked by the share of the relevant output, since in fact no hospital is fully specialised by producing only one output, or nothing of an output. Exploring scope economies of the best practice cost frontier along three different dimensions, strong economies are found for surgical and medical services, intermediate for inpatient and outpatient production, while elective and emergency care cases have only week economies of scope, which may not be statistically significant. Results for the output mix of individual observations, reveal both economies and diseconomies in the last of these three dimensions. Contrary to these results, average efficiencies are found to be lower for differentiated than specialised hospitals, in all of the dimensions mentioned, although the differences are not very large. Since the DEA method measures hospitals with the largest production of each output as efficient by default, the results for average efficiency may be due to the methods employed.
http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-9-105.pdf

GAREL (Pascal), BOUINOT (Claire), VILLERET (Sébastien)
Les capacités hospitalières. Rationalisation dans les pays membres de l'Union européenne.
GESTIONS HOSPITALIERES
2008/11
N° : 480
Pages : 617-622, graph., tabl.
La présidence française de l'Union européenne est l'occasion de s'interroger sur les convergences ou divergences des systèmes hospitaliers en Europe, et le positionnement de l'hôpital français parmi ses homologues européens. La rationalisation des capacités hospitalières a constitué, un peu partout en Europe, un "cheval de bataille" des politiques de maîtrise des dépenses de santé, mais avec des succès contrastés. Cet article s'intéresse tout particulièrement aux résultats de ces politiques en termes de densité en lits hospitaliers de soins aigus et de réduction de la durée moyenne de séjour dans les différents pays membres de l'Union européenne et de leurs possibles impacts sur les conditions d'accès aux soins hospitaliers.

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne.
Paris : IRDES
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)
2004/12
Pages : 8p, 1 tabl.
En France, le développement des soins hospitaliers à domicile (SHAD) offrant une alternative aux soins traditionnellement réalisés à l'hôpital n'apparaît pas à la mesure des enjeux qui s'y rattachent, tels que l'amélioration de la qualité des soins et de l'articulation entre la ville et l'hôpital. L'étude d'expériences étrangères de ces modes de prise en charge permet de connaître le contexte et les conditions de leur mise en oeuvre et de mettre en évidence les facteurs qui facilitent ou freinent leur développement. Cette analyse a pour objet de nourrir la réflexion sur l'opportunité de maintenir et d'étendre ce type de services en France. Trois pays ont été choisis pour l'importance de la littérature disponible sur le thème des soins à domicile : l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni.
http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum91.pdf

LAGET (P.L.), SALADAUN (F.), GAREL (P.), DUBOUIS (L.), DEBEAUPUIS (J.), BUBIEN (Y.), EVAN (R.), GLORION (B.), GELAVERNE (O.)
Hôpital et Europe.
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE
2004/07

N° : 3
Pages : 19-98
A l'heure de l'élargissement de l'Union européenne, ce dossier focalise sur la situation de l'hôpital en Europe, en abordant les aspects : histoire de l'hôpital, organisation hospitalière, financement des soins, réglementation communautaire relative à la mobilité des patients ou des professionnels de santé, coopération internationale… La diversité des situations qui prévalent en Europe souligne le paradoxe d'une Europe hospitalière largement fondée sur des principes communs mais déployant des structures et des organisations d'une étonnante variété. D'un côté une histoire mutuelle, des valeurs partagées à l'origine de charité et de solidarité, une vocation évoluant de l'assistance aux soins à la recherche. De l'autre, un partage inégal entre secteur public et secteur privé, entre hospitalisation et médecine de ville, entre centralisation et régionalisation, sans oublier la mosaïque des situations statutaires des professionnels de santé et le spectre des modalités de financement des établissements. Pourtant l'élargissement européen ouvre à de nouvelles convergences pour rapprocher l'hôpital de la médecine de ville, pour favoriser les réseaux, la coopération hospitalière et le financement de la qualité hospitalière.

GRIMONPREZ (F.), ANELL (A.), KORONKIEWICZ (A.), SVENSSON (P.G.), SEGOUIN (C.), STOFFELS (C.), BELANGER (M.), DUPONT (M.), CHANTEREAU (S.), STOEBNER-DELBARRE (A.), HOUSSIN (D.), et al.
Centre National de l'Equipement Hospitalier. (C.N.E.H.). Paris. FRA
L'hôpital au temps de l'Europe.
TECHNOLOGIE ET SANTE
1998/12
Vol : N° : 35 Numéro spécial : n° spécial
Pages : 123p., tabl., graph.
[BDSP. Notice produite par ENSP R0xeK5m2. Diffusion soumise à autorisation]. Conscients de l'intérêt que représente la coopération internationale à l'heure de la définition de la nouvelle politique européenne de santé publique issue de la ratification du Traité d'Amsterdam, les auteurs comparent certains éléments constitutifs de nos systèmes de santé. Un premier regard est porté sur les principales composantes des réformes de différents systèmes de santé européens et sur les mesures édictées au niveau communautaire ayant un écho direct ou indirect dans le secteur de la santé : la libre circulation des professionnels de santé et des patients, l'introduction de la monnaie unique ou encore l'évolution de la démographie médicale. Le second regard s'attarde sur les enjeux de la construction d'une politique communautaire de santé publique. La dimension européenne a-t-elle un impact sur la pratique des prélèvements d'organes, sur la lutte contre le tabagisme, l'épidémie de Sida ou plus globalement sur la sécurité sanitaire ? Enfin le dernier regard est consacré aux orientations retenues par l'Union européenne en matière de recherche et plus particulièrement de recherche en santé.

MINISTERE DE LA SOLIDARITE - DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE
Dossier : l'activité hospitalière
SOLIDARITE SANTE ETUDES STATISTIQUES
1992/01-03
Pages : 67 p., tabl., carte., graph.
Numéro consacré à l'activité hospitalière étudiée selon trois thèmes : 1) La classification juridique des hôpitaux publics permet-elle de déboucher sur une typologie des soins hospitaliers ? 2) Comparaison entre la production des soins hospitaliers en France et aux Etats-Unis. 3) L'activité libérale des médecins hospitaliers à temps plein au sein de l'hôpital public.

Pour poursuivre la recherche

►Dossiers documentaires

• Historique des réformes hospitalières en France
Irdes, 2015

• La politique hospitalière. Concilier qualité des soins et maîtrise des dépenses
Dossier documentaire de la Documentation française, mis à jour en septembre 2013
Voir chronologie

• Réforme de l'hôpital : modernisation ou rationalisation ou simple recherche d'économies
Dossier de Vie publique, juillet 2009

• Financement des hôpitaux : évolution et difficultés
Dossier de Vie publique, juin 2006

• Financement des hôpitaux
Dossier du Ministère chargé de la santé, juillet 2014

• Hospitalisation à domicile, septembre 2009
Dossier du Ministère chargé de la santé, avril 2013

Le système hospitalier
Dossier documentaire de la Documentation française, mis à jour en septembre 2013

• Les nouvelles organisations et architectures hospitalières
Dossier du Ministère chargé de la santé, juin 2010

• La gouvernance hospitalière, 13 février 2015
Dossier du Ministère, 13 février 2015

• Hôpital 2007
Dossier du Ministère, 20 novembre 2002

• Du plan hôpital 2007 au plan hôpital 2012
Dossier Parthage, 27 février 2007

Présentation des opérations retenues au titre du Plan Hôpital 2012
• Dossier du Ministère, 10 février 2010

• Loi hôpital patients santé territoires
Site du ministère, septembre 2009 : voir notamment : le document pédagogique du Ministère chargé de la santé.
Site Fehap
Site de l'Irdes

• Le Pacte de confiance avec les hospitaliers
Dossier du Ministère, mai 2014

• Tarification à l'activité dans les établissements de santé, juillet 2010

Dossier réactualisé qui fait le point sur la tarification à l'activité : documents pédagogiques, textes fondateurs et décrets d'application, les expériences internationales et les contacts de la mission Tarification à l'activité.

- Tarification à l'activité (T2A) - Documentation technique du site AMELI

  - Voir aussi les dossiers de l'offre de soins du Minitère

►Organismes-ressources

Ministère chargé de la Santé
DGOS (Direction Générale de l'Offre de soins)
Remplace la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins)
Service Documentation
14, avenue v. Duquesne
75350 PARIS 07 SP
Tel : 01 40 56 52 73
Fax : 01 40 56 51 22
http://www.sante-sports.gouv.fr/la-direction-de-l-hospitalisation-et-de-l-organisation-des-soins.html

Ministère chargé de la Santé
DREES
Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques
Ex : SESI (Service des Etudes, des Statistiques et des Systèmes d'Information)
Centre d'Information et de Diffusion
11, Place des 5 Martyrs du Lycée Buffon
75696 PARIS CEDEX 14
Tel : 01 44 36 92 00
Standard de la documentation de la Drees : 01 40 56 82 00
Standard du service diffusion de la Drees : 01 40 56 81 24
Fax du service Diffusion de la Drees : 01 40 56 81 40
http://www.sante.gouv.fr

FHF
Fédération Hospitalière de France
33, av. d'Italie
75013 Paris
http://www.fhf.fr

FHP
(Fédération de l'Hospitalisation Privée)
Anciennement FIEHP (*Fédération intersyndicale des Etablissement d'Hospitalisation Privée)*
Service communication
81 rue de Monceau
75008 PARIS
Tel : 01 53 83 56 70
Fax : 01 53 83 56 50
http://www.fhp.fr/

FEHAP
(Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne)
179, rue de Lourmel
75015 Paris
Tel : 01 53 98 95 00
Fax : 01 53 98 95 02
http://www.fehap.fr/

Ecole des Cadres Hospitaliers
Groupe Hospitalier Pitié-Salpétriére AP-HP
Centre de Documentation
47, Bd de l'Hôpital

75013 PARIS
Tel : 01 42 16 07 77
Fax : 01 45 70 81 11
http://documentation.ap-hop-paris.fr/

EHESP
Ecole des Hautes études en santé publique
Service Documentation
Av. du Pr Léon Bernard
35043 RENNES CEDEX
Tel : 02 99 02 29 00
http://www.ehesp.fr/

IFROSS
Institut de Formation et de Recherche sur les organisations Sanitaires et Sociales et leurs réseaux
GRAPHOS (laboratoire de recherche CNRS de l'IFROSS et composante du LASS)
18 Rue Chevreul
69007 LYON
http://www.ifross.com/article.php3?id_article=56
(Thèses, mémoires, publications du Graphos)

►Ressources électroniques

ANAP (l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux)
http://www.anap.fr

ATiH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation)
http://www.atih.sante.fr/

Centre National de l'Expertise Hospitalière
http://www.cneh.fr/

FINESS
Répertoire des établissements sanitaires et sociaux répartis en trois groupes :
Les établissements sanitaires : établissements hospitaliers, autres centres de soins, laboratoires et pharmacies
- Les établissements sociaux : personnes âgées, jeunesse handicapée, adultes handicapés, aide sociale à l'enfance, adultes en difficulté sociale
- Les établissements de formation des personnels sanitaires et sociaux.
- Possibilité de recherche multicritères.

HOPE (Comité Permanent des Hôpitaux de l'Union européenne
http://www.hope.be/

IRDES
www.irdes.fr
Synthèses concernant l'hôpital
http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueReformesHospitalieres.pdf
http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/LoiHPST.pdf
http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/ForfaitHospitalier.pdf

PMSI

http://www.le-pmsi.fr/

PLATINES (Plateforme d'informations sur les établissements de santé)
Site diffusant des données synthétiques sur les établissements de soins publics ou privés, qui ont une activité de court séjour en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO).
Informations sur leurs principales caractéristiques : équipements, activités et particularités. On peut y trouver des renseignements sur leurs pratiques par exemple, en matière de consultation de la douleur chronique, ou la prise en charge des soins palliatifs.
Le moteur de recherche permet la recherche multi-champs : mots-clés, département, région, catégories d'établissements.

Qualité des soins
> La diffusion publique des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
Haute Autorité de Santé. 2011/09.
> Les indicateurs de qualité dans les établissements de santé. Dossier.
Ministère du travail de l'emploi et de la santé. 2012/07.
> La diffusion publique des indicateurs de qualité et de sécurité de soins sur le site « Platines ». Conférence de presse.
Direction Générale de l'Offre de Soins, Haute Autorité de Santé. 2015/05.
> Comparaison des établissements de santé.
Haute Autorité de santé
> **Scope Santé**
Site initié par la Has. Il permet au grand public de choisir un établissement de santé public ou privé (hôpital, clinique, maternité, santé mentale, médico-social, hospitalisation à domicile) selon des "critères objectifs", comme les droits et l'information du patient (intimité, confidentialité, maltraitance/bientraitance, accès au dossier médical...) et la sécurité (organisation du bloc, risques transfusionnels, lutte contre les infections nosocomiales...).
> **Comparhospi**
Créé par Malakof Médéric, ce permet de comparer chaque établissement hospitalier en fonction de plusieurs critères de localisation, d'activité, de qualité et de prix. Le classement des établissements de santé se fait selon la durée moyenne de séjour, les indicateurs de qualité, les avis des patients ou encore le prix de la chambre individuelle.
>e-SIN - nouvel outil de l'Institut de veille sanitaire pour le signalement des infections nosocomiales
Institut national de veille sanitaire
> **ScanSanté**
Ce site de l'ATIH met à disposition des acteurs du système de soins des données brutes et des indicateurs « prêts à l'emploi » sur l'activité, les finances, la pertinence, la performance, les ressources humaines dans le domaine hospitalier. On peut accéder librement aux données de synthèse telles que des statistiques médicales par groupe (GHM…), diagnostic, acte ou encore la consommation des médicaments et DMI en sus mais aussi les indicateurs de performance Hospi-Diag, les case-mix par établissement, les taux de recours, la cartographie de l'activité des établissements, le référentiel national de coûts... Des applications complémentaires sont disponibles avec un accès restreint.
> Hospi Diag : créé par la loi HPST, l'outil Hospi Diag regroupe une multitude d'indicateurs, de la gestion des blocs à la durée de séjour, permettant de comparer la performance des établissements de santé. Au départ, seules les ARS pouvaient le consulter. Puis les professionnels de santé y ont eu accès et à présent le grand public. Trois nouveaux indicateurs complètent une liste déjà longue : le taux d'absentéisme du personnel non médical, le turn over global, l'organisation du système d'information.

SAE (Statistiques d'Activité des Etablissements) est maintenu par la DREES (Ministère chargé de la santé)
Mise à jour par la DREES (Ministère chargé de la santé), la SAE produit deux types de données : une base administrative restituant les déclarations des établissements, une base dite «statistique», destinée aux études. Le site permet d'avoir accès aux données de la base

administrative, ainsi qu'aux publications (études et résultats nationaux) réalisées à partir de la base statistique.

Société Française d'Histoire des Hôpitaux

La SFHH réunit historiens, universitaires, archivistes, hospitaliers dans des objectifs communs : encourager et développer l'étude de l'histoire des hôpitaux ou établissements de bienfaisance, assurer la protection et la mise en valeur du patrimoine mobilier et immobilier des établissements hospitaliers, rapprocher les chercheurs de tous pays Publie une revue « Revue de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux ».

Trajectoires

Trajectoire est un outil informatique d'aide à l'orientation et au transfert des patients requérant des Soins de suite et réadaptation (SSR) et de l'Hospitalisation à domicile (HAD) via internet sécurisé. Il s'appuie sur une base de données qui décrit les pathologies traitées et les ressources disponibles dans l'établissement qui s'inscrit dans le dispositif. Une version orientée vers les établissements médico-sociaux est en cours de réalisation. Une version grand public est également proposée sur ce site.